

---

This is the **published version** of the master thesis:

Aleman Bosa, Mònica; Rodríguez Cigarran, Sarah , dir. Proyecto en un CAP de Barcelona para la implantación de un servicio multidisciplinar, incluyendo la DMT, en dolor crónico y fibromialgia. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, 2024. 80 pag. (Màster en Dansa Moviment Teràpia)

---

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/292721>

under the terms of the  license

UNIVERSITAT AUTONOMA DE BARCELONA  
MASTER EN DANZA MOVIMIENTO TERAPIA

Proyecto en un CAP de Barcelona para la implantación de un servicio multidisciplinar, incluyendo la DMT, en dolor crónico y fibromialgia.

Por Mònica Aleman Bosa

Tutora de tesis: Sarah Rodríguez Cigarran

Enero 2024

Tell them, for a momento, we live!

Marian Chace

Agradezco de corazón:

- A mi tutora de tesina, Sarah Rodríguez Cigarrón, por los consejos brindados, su sabiduría y su excelente acompañamiento.
- A los usuarios y usuarias del proyecto, por su confianza en el proceso, por su tiempo y disposición, además de su apoyo para intentar instalar la DMT en el CAP de manera permanente.
- A los integrantes del equipo de Stop Dolor del CAP del Raval Nord, por su acogida en el Centro de Salud y por brindarme la oportunidad de hacer este estudio.
- A mis compañeras, Eliane, Gisela y Angélica por sostenerme en los momentos de duda y por su apoyo emocional.
- A Martín, por cebarme el mate.

## ÍNDICE

Resumen	4
Palabras clave	6
1. Presentación	7
1.1 Fibromialgia, estado de la materia	7
1.2 ¿Qué es la Danza Movimiento Terapia?	16
1.3 DMT y fibromialgia	20
1.4 Objetivos generales y específicos	22
2. Método	24
2.1 Intervención grupal	27
2.2 Test ansiedad-rasgo/ansiedad estado. STAI	42
2.3 Test kinesiofobia. TSK-11	44
2.4 Cuestionarios escritos abiertos	46
2.5 Entrevistas vía zoom	47
2.6 Resto de disciplinas aplicadas en el proyecto	48
3. Análisis	49
3.1 Primera parte: Comprensión sencilla	49
3.2 Segunda parte: Análisis estructural	50
3.3 Tercera parte: Comprensión y reflexiones	55
4. Discusión	60
5. Conclusión	63
5.1 Limitaciones del método.	64
5.2 Futuras investigaciones	64
6. Bibliografía	65
7. Anexos	73

## RESUMEN

La fibromialgia afecta cada vez más a la población y no es una afección solo física, sino que afecta de manera psicológica, social y emocional a las personas que la padecen.

El proyecto es un estudio para intentar promover la DMT dentro de la Sanidad Pública dentro del marco de un espacio multidisciplinar para que las personas que padecen esta condición aprendan, a través de su relación con el cuerpo y su movimiento, a manejar y comprender su enfermedad y así mejorar su calidad de vida, además se estudiara la repercusión del proyecto a través de una metodología mixta, cualitativa y cuantitativa, demostrando la repercusión del tratamiento multidisciplinar, incluyendo la Danza Movimiento Terapia, en la relación de los usuarios con la enfermedad.

Se presentará también una pequeña revisión bibliográfica sobre la fibromialgia (su diagnóstico, sus síntomas y sus implicaciones sociales y psicológicas) y sobre la Danza Movimiento Terapia (sus inicios, sus métodos y su aplicación). Así mismo haré un pequeño resumen de trabajos que apoyan la validez de la Danza Movimiento Terapia para el tratamiento de la fibromialgia. Se mencionarán también, dado que este es un proyecto multidisciplinar, el resto de enfoques y su aplicación en el proyecto (psicólogo, dietista, fisioterapeuta y médico de familia).

Finalmente relataré las sesiones acontecidas y expondré el análisis de entrevistas personales profundas sobre los relatos de las experiencias vividas por los usuarios y de un test con preguntas abiertas de elaboración propia para analizar el peso de la Danza Movimiento Terapia dentro del proyecto desde el punto de vista subjetivo del usuario y analizaré los resultados del grupo ante dos test: el TSK-11SV, que muestra la kinesofobia, el State-Trait Anxiety Inventory, STAI, que analiza la ansiedad como rasgo y como estado, todo esto apoyándome en bibliografía pertinente.

## **ABSTRACT**

Chronic pain affects the population more and more and is not just a physical condition, but also psychologically, socially and emotionally affects the people who suffer from it. The project is a study to promote DMT within Public Health Care within the framework of a multidisciplinary space so that people who suffer from this condition learn, through their relationship with the body and its movement, to manage and understand their disease and thus improve their quality of life, the impact of the project will also be studied through a mixed, qualitative and quantitative methodology, demonstrating the impact of multidisciplinary treatment, including Dance Movement Therapy, on the users' relationship with the disease.

A small bibliographical review on fibromyalgia (its diagnosis, its symptoms and its social and psychological implications) and Dance Movement Therapy (its beginnings, its methods and its application) will also be presented. Likewise, I will make a small summary of works already written that support the validity of Dance Movement Therapy for the treatment of fibromyalgia. The rest of the approaches and their application in the project (psychologist, dietician, physiotherapist and family doctor) will also be mentioned, given that this is a multidisciplinary project.

Finally, I will report the sessions that took place based on bibliography, in depth personal interviews about the accounts of the experiences lived by the users and a test with open questions of my own elaboration to analyze the weight of the Dance Movement Therapy within the project from the subjective point of view of the user, likewise, I will analyze the results of the group in two tests: the TSK-11SV, which shows kinesophobia, the State-Trait Anxiety Inventory, STAI, which analyzes anxiety as a trait and as a state.

## **RESUM**

El dolor crònic afecta cada vegada més a la població i no és una afecció només física, sinó que afecta de manera psicològica, social i emocionalment a les persones que el pateixen. El projecte és un estudi per intentar promoure la DMT dins la Salut Pública en el marc d'un espai multidisciplinari perquè les persones

que pateixen aquesta patologia aprenguin, a través de la relació amb el cos i el moviment, a gestionar i comprendre la malaltia i així millorar la qualitat de vida, també s'estudiarà l'impacte del projecte a través d'una metodologia mixta, qualitativa i quantitativa, demostrant l'impacte del tractament multidisciplinari, inclosa la Dansa Moviment Teràpia, en la relació dels usuaris amb la malaltia.

d'aquesta manera. Es presentarà també una petita revisió bibliogràfica sobre la fibromiàlgia (el seu diagnòstic, els símptomes i les implicacions socials i psicològiques) i la Dansa Moviment Teràpia (els seus inicis, els seus mètodes i la seva aplicació). Així mateix faré un petit resum de treballs ja escrits que donen suport a la validesa de la Dansa Moviment Teràpia pel tractament de la fibromiàlgia. Es mencionarà també, atès que aquest és un projecte multidisciplinari, la resta d'enfocaments i la seva aplicació al projecte (psicòleg, dietista, fisioterapeuta i metge de família).

Finalment relataré les sessions esdevingudes recolzant-me en bibliografia, entrevistes personals profundes sobre els relats de les experiències viscudes pels usuaris i un test amb preguntes obertes d'elaboració pròpia per analitzar el pes de la Dansa Moviment Teràpia dins del projecte des del punt de vista subjectiu de l'usuari, així mateix, analitzaré els resultats del grup davant de dos tests: el TSK-11SV, que mostra la kinesofòbia, l'State-Trait Anxiety Inventory, STAI, que analitza l'ansietat com a tret i com a estat.

### **Palabras clave:**

Danza Movimiento Terapia, manejo del dolor, multidisciplinar, dolor crónico, dolor persistente, fibromialgia, subjetivo. Intervención de Danza Movimiento Terapia.

# 1. PRESENTACIÓN

En este trabajo se van a presentar los resultados de 9 sesiones de Danza Movimiento Terapia incluidas en un proyecto multidisciplinar en el Centro de Atención Primaria Doctor Lluís Sayé de Barcelona. En primer lugar, se expone una breve revisión bibliográfica sobre que es la fibromialgia y la Danza Movimiento Terapia.

En el verano de 2022 conocí un proyecto sobre el dolor crónico y fibromialgia en un barrio carenciado de Barcelona. El proyecto me interesó y me puse en contacto con el Centro de Atención Primaria que conducía el proyecto. Tras varias reuniones y consultas con el resto del equipo conseguí formar parte de un equipo del CAP Doctor Lluís Sayé (Centro de Atención Primaria) más conocido como CAP del Raval Nord en la ciudad de Barcelona. Juntamente con una doctora en medicina de familia, una psicóloga, una nutricionista y una fisioterapeuta, nos dispusimos a preparar y ejecutar un proyecto de acompañamiento a personas con fibromialgia, de manera multidisciplinar, para intentar mejorar su calidad de vida y su relación con la enfermedad. El grupo escogido se iba a formar de aproximadamente 10 personas que padecieran dolor persistente o fibromialgia e íbamos a mantener un encuentro semanal, con intervenciones de todos los profesionales durante 10 semanas.

Este proyecto, más allá del interés intrínseco del mismo, abre un camino más en la lucha para la implantación de la DMT en el Sistema Público de la Salud.

## 1.1 FIBROMIALGIA, estado de la materia.

La fibromialgia es un síndrome clínico caracterizado por el dolor persistente en todo el cuerpo, centrándose en los músculos de la espalda y las extremidades, conlleva una sensibilidad desmesurada y reacción extensa en múltiples puntos. Se acompaña de trastornos del sueño, cansancio, variabilidad del estado de ánimo, dolor de cabeza y síntomas digestivos. Esta enfermedad es más frecuente en mujeres que en hombres y se presenta en rangos de edades entre los 40 y 60 años. Esta enfermedad afecta significativamente a la calidad de vida



de las personas que la padecen y tiene un gran impacto a nivel personal, familiar, social y laboral. Hoy en día, hay muchas incógnitas respecto a esta enfermedad y sus mecanismos, así como de sus causas y desarrollo.

Veamos pues, que podemos decir de la fibromialgia a través de los años:

El término fibromialgia se compone de tres raíces: Fibro: del latín fibra, que significa filamento, fibra; Mi: del griego mys, myós, que significa músculo; Algia: significa dolor en griego. (Belenguer, et al., 2009)

En el año 1904, Growers (citado en Belenguer et al., 2009), acuña el término de fibrosis, un dolor que se genera dentro de la fibra muscular y que corresponde a un traumatismo no articular.

En 1981, se define la fibromialgia como un síndrome de dolor crónico músculo esquelético sin alteraciones orgánicas demostrables y diversos puntos sensibles de localización características y de presión dolorosa denominados puntos gatillo. (Leza, 2003).

En 1982, Payne et al., consideran diferentes alteraciones psicológicas como una característica común entre los pacientes que padecen fibromialgia.

En 1990 Wolfe et. Al., definen los criterios para diagnosticar la fibromialgia y el American College of Rheumatology lo secunda y lo publica en "The American College of Rheumatology 1990 criteria for classification of Fibromyalgia. Report of the multicentre criteria committee. Arthritis Rheum 1990;33:160-172".

Estos criterios serian:

a) Historial crónico de dolor generalizado (estando todas las características siguientes presentes):

b) Dolor de la parte izquierda del cuerpo

c) Dolor de la parte derecha del cuerpo

d) Dolor por encima de la cintura

e) Dolor por debajo de la cintura

f) Dolor axial esquelético (espina cervical o pecho anterior o espina torácica o parte baja de la espalda)

g) Dolor de hombro y de nalga considerado por cada una de las partes implicadas

h) Dolor en al menos 11 de los 18 puntos sensibles al palpar de forma digital. Los puntos sensibles de dolor serán los siguientes: Occipucio (parte posterior de la cabeza), parte baja de las cervicales, trapecio, supraespinoso, segunda costilla, epicóndilo lateral, glúteo, trocánter mayor, rodilla. La palpación digital será aproximadamente de unos 4 kilogramos de peso. Para que el punto se considere “positivo”, el sujeto deberá constatar (al menos verbalmente) que fue doloroso.

El sujeto sería diagnosticado con fibromialgia si ambos criterios se cumplen. El dolor generalizado deberá estar presente durante al menos 3 meses. La presencia de un trastorno clínico secundario no excluirá el diagnóstico de fibromialgia.

En el mismo año, 1990, Collado escribe que la fibromialgia es una patología que está cada vez más extendida en el mundo. Esta es padecida en mayor parte por mujeres (aunque algunos hombres la padecen), no hay componentes genéticos en esta condición, aunque hay estudios que demuestran que la posibilidad de padecerla aumenta en un porcentaje considerable en las relaciones de primer grado (antecedentes familiares), es característico el dolor crónico y la presencia de estrés por dificultades de la vida cotidiana.

En 1992 la fibromialgia o SFM (Síndrome de Fibromialgia) fue reconocida por la OMS, está clasificada con el código M79.7 de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

En 1995, Goldenberg, citado por Rodríguez (2004), afirma que “la fibromialgia es un síndrome reconocible por la existencia de dolor difuso, crónico, en ausencia de inflamación o anomalías de la estructura músculo esquelética y una constelación de síntomas que incluyen fatiga, perturbaciones del sueño y del ánimo”.

En 1999, Winfield, citado por Rodriguez (2005), determina una lista de síntomas existentes que conviven con el dolor crónico. Estos son: dolor difuso con alodinia, hiperalgesia, fatiga y sentimiento de debilidad, alteraciones del sueño, distésia/ parestesia, dificultades cognitivas (memoria y concentración), rinitis crónica, alergias, palpitaciones, dolor regional, síndrome de colon irritable y sentimiento subjetivo de hinchazón de las articulaciones. (p. 193). Bauer (2008) adhiere a esta lista de síntomas y añade además la depresión.

Giesecke et al., (2003) y Blasco et al., (2006) citados en Berenguer et al., (2009) realizan estudios sobre el perfil psicopatológico de los pacientes con FM.

El mismo autor cita a Muller et al., (2007) que “han propuesto de forma empírica una clasificación de la FM basada especialmente en el perfil psicopatológico del paciente, que incluye el grupo 1 (sin enfermedad psiquiátrica), el grupo 2 (FM con depresión), el grupo 3 (depresión con FM) y el grupo 4 (FM debida a somatización).” (Belenguer, et al., 2009)

En el mismo documento, Belenguer et al., (2009), con su revisión sistemática llegan a otra clasificación de la FM, identificando cuatro subgrupos basados en el perfil psicopatológico del paciente:

- Fibromialgia Idiopática: con sensibilidad extrema al dolor no asociada a procesos psiquiátricos.
- Fibromialgia relacionada con enfermedades crónicas
- Fibromialgia en pacientes con enfermedades psicopatológicas
- Fibromialgia simulada (aparentemente hay un porcentaje de fibromialgias fingidas)

En 2010 el American College of Rheumatology (ACR) resignificó los criterios del diagnóstico de fibromialgia teniendo en cuenta las manifestaciones subjetivas de la enfermedad. Estos criterios propuestos por Wolfe (2010), si bien no reemplazan a los de 1990, simplifican el diagnóstico y ayudan a que este pueda ser evaluado en el centro de atención primaria. Para cumplir con el diagnóstico el paciente debe reunir las tres siguientes condiciones:

- Índice de dolor generalizado  $\geq 7$  y escala de gravedad de síntomas  $\geq 5$ , ó índice de dolor generalizado 3-6 y escala de gravedad de síntomas  $\geq 9$ .
- Los síntomas han estado presentes a un nivel similar al menos 3 meses.
- El paciente no tiene una patología que pueda explicar el dolor.

Siendo el índice de dolor generalizado la cantidad de áreas en las que el paciente ha tenido dolor durante la última semana (puntuación entre 0-19 puntos) y siendo la escala de severidad de síntomas: la puntuación obtenida por la presencia de: fatiga de 0-3 puntos, sueño no reparador de 0-3 puntos, síntomas/Trastornos cognitivos de 0-3 puntos y la presencia de síntomas somáticos (de 0-3 puntos según la cantidad de estos) siendo estos: dolor muscular, síndrome del intestino irritable, fatiga/cansancio, problemas para pensar o recordar, debilidad muscular, dolor de cabeza, dolor/calambres en abdomen, entumecimiento u hormigueo, mareos, insomnio, depresión, estreñimiento, dolor en abdomen superior, náuseas, nerviosismo, dolor de pecho, visión borrosa, fiebre, diarrea, sequedad de boca, prurito, sibilancias, Raynaud, urticaria/ronchas, zumbidos en oídos, vómitos, acidez estomacal, úlceras orales, pérdida/cambio en el sabor, convulsiones, sequedad en ojos, dificultad para respirar, pérdida de apetito, erupción cutánea, sensibilidad al sol, fácil aparición de moratones, pérdida de cabello, orinar frecuente, dolor al orinar y espasmos de vejiga.

A día de hoy la causa de la fibromialgia es todavía un enigma y existen distintas teorías sobre la relación a las alteraciones comunes que tienen las personas que padecen fibromialgia, pero ninguna de ellas es lo suficientemente significativa. Desde hace décadas la fibromialgia se investiga desde distintas corrientes, todas ellas con el objetivo de mejorar la comprensión de la enfermedad y la calidad de vida de quienes la padecen:

1. Base neurológica: investigando el sistema nervioso y la sensibilización. También se investiga la neuro-inflamación crónica. Diferentes estudios indican que el origen del dolor proviene del cerebro y que su función es indicar que existe una amenaza para la integridad

física del individuo (Collado,1990; Cubas,2018; Louw et al., 2019; Pérez, 2021). Esta amenaza puede ser real, cuando se produce un daño (un corte, una quemadura, una rotura, deformaciones, etc.), produciendo un dolor nociceptivo (fisiológico), potencial cuando el daño está a punto de ocurrir o imaginaria, analizando la potencialidad de la amenaza y actuando de manera alarmista en exceso, produciendo un estado de sensibilización central, con una respuesta dolorosa mayor a la habitual que amplificaría la señal nociceptiva, dejando de ser útil como protección del individuo.

Así pues, el dolor es una reacción del cerebro a un daño real o potencial. En ocasiones el cerebro gestiona de manera errónea estos procesos alterando la percepción del dolor, siendo este una percepción a nivel cerebral y no un daño orgánico real, estaríamos hablando del dolor neuropático, que proviene de una alteración de las transmisiones de las señales dolorosas a nivel del sistema nervioso central o periférico.

“El dolor en sí, es una sensación subjetiva, producida por la interpretación que lleva a cabo el cerebro de la información sensitiva recibida gracias a los nociceptores, así como de otros factores externos que pueden influir sobre la manera de percibirlo. Es por ello, que la percepción del dolor puede variar en función del individuo, de sus creencias y de su estado emocional. Las vías ascendentes que transmiten el dolor pasan por la médula espinal y llegan hasta el tálamo y las áreas sensitivas de la corteza, pero también envían parte de la información al sistema límbico y el hipotálamo donde se regulan las emociones, provocando así que la sensación dolorosa se acompañe de angustia, náuseas, sudoración u otra reacción autónoma”. (Pérez, 2021)

Normalmente el cerebro envía información para ejecutar un movimiento, a su vez también envía una “copia eferente” para predecir las consecuencias de ese movimiento a nivel sensorial, esta copia es creada a través de la repetición de estímulos y las reacciones a estos

con la finalidad de aprender a ser más eficientes. La red neuronal tiene un registro donde cada acción ha sido registrada juntamente con sus consecuencias. Esta copia activa la memoria de las consecuencias, analizándolas y respondiendo más eficientemente. Estas copias eferentes también pueden ser inductoras de dolor ante memorias de dolor e, incluso, dificultar movimientos.

También se estudian las neuronas espejo, estas nos ayudan a entender los movimientos y emociones de los demás, pudiendo así imitar y ponernos en el lugar del otro. Estas neuronas son primordiales para el aprendizaje, nos permiten copiar y a través de ellas mejorar y optimizar nuestra vida. A veces estas neuronas espejo nos hacen aprender patrones dañinos, ineficientes o catastróficos (Cubas, 2018; Louw et al., 2019).

2. Base genética: trata de identificar distintas predisposiciones genéticas a la fibromialgia. Entre ellas, la posibilidad de una mutación genética que impediría depurar la adrenalina que incrementaría la facilidad de sensibilización al dolor. (Meeus & Nijs, 2006). Así, las personas que padecen fibromialgia tendrían una predisposición genética que ante la desestabilización de la adrenalina, que producirían anomalías en el sistema nervioso, les mantendría en un estado de alerta casi permanente que alteraría la percepción del dolor, teniendo estas un umbral del dolor mucho más bajo de lo habitual, siendo muy sensibles a golpes, roces y tacto en general. Por otra parte, y dentro de la base genética, se investiga la genética ambiental, así la manera de enfrentarse o responder al dolor sería aprendida de generación en generación, teniendo esto una repercusión en el individuo.
3. Base psicológica: investigando la repercusión de la salud mental (ansiedad, depresión y otras) en la fibromialgia. Neeck y Crofford sugieren en el 2000, una relación entre el estrés y la fibromialgia, su estudio esclarece que esta se presenta normalmente después de un evento estresante y que empeoraría en cada situación de estrés. Otros autores relacionan el trauma con la aparición de este estrés.

La depresión también se ha estudiado en este tipo de pacientes, se entiende que alguien que sufra dolor constantemente y no pueda o no tenga herramientas para controlarlo, desarrolle un trastorno depresivo. Ya que el dolor es una sensación subjetiva, el estado de ánimo de la persona influye notablemente, produciéndose ante estados depresivos, más sensación de dolor. La depresión es un conjunto de síntomas mayormente afectivos que afectan a la persona de manera global e influye en el cerebro en el momento de evaluar el dolor. La depresión con sus síntomas pesimistas y catastrofistas, juntamente con la predisposición a la inactividad física a la que induce la misma, influye en el aumento de sensación de angustia y de daño potencial, contribuyendo a una conducta de miedo-evitación que contribuye a la cronicidad del dolor. No se ha llegado a conclusiones fehacientes de que la ansiedad y la depresión sean la causa o el efecto de la fibromialgia (Torreiglesias, 2006), pero sí que las personas con más estrés y ansiedad tienen mayor índice de inmunodepresión al bajarles las defensas y que su sistema inmunitario se encuentra afectado por las emociones (Moix, 2006).

4. Base farmacológica: investigación en distintos fármacos para el alivio de los síntomas. Aunque si pensamos que es un fenómeno de sensibilización central, los fármacos no suelen funcionar, más allá de ayudar en momentos puntuales o de brote (Álvarez-Astorga et al., 2019)

5. Base no farmacológica: se investigan distintas terapias y actividades: la fisioterapia, terapia cognitivo-conductual, danza movimiento terapia, tai-chi, natación, entre otras para mitigar las consecuencias de la fibromialgia.

Las personas afectadas por fibromialgia presentan cansancio generalizado y poca tolerancia al ejercicio físico, esto debilita su musculatura y empeora los síntomas (Pérez, 2021). Se ha comprobado

que un entrenamiento de baja intensidad puede evitar el recrudecimiento del dolor. El cuerpo humano está diseñado para el movimiento, cuando las personas se mueven segregan además serotonina y endorfinas, lo que les hace sentir mejor, de lo contrario, el cuerpo reacciona sintiendo más cansancio, torpeza y molestias. (Louw, 2019; Valdés-Orrego et al., 2018; Heathcote et al., 2019).

Algunos pacientes presentan kinesiofobia, su temor a moverse incrementa su sensación de dolor, pensando que el movimiento les va a inducir a más dolor y, por lo tanto, evitando cualquier acción para prevenir esa situación dolorosa, pudiendo esto conducir a una mayor inactividad y derivar en una discapacidad mayor.

Del Valle (2004), Del Mármol, Mora, Sáez, (2010), se refieren a la memoria del cuerpo, lo hacen en el sentido de algo pasado por la experiencia corporal y la interiorización personal que incluye tanto el proceso emocional como la forma en que son internalizados diferentes códigos y pautas determinantes en relación a una sociedad determinada, así la fibromialgia se produce dentro de unos parámetros, corporales y emocionales, dentro de una determinada cultura o subcultura.

La fibromialgia es una dolencia que no presenta lesiones físicas ni signos que puedan explicar el dolor y el resto de los síntomas, por ello, se le considera un trastorno funcional y no una alteración estructural (Collado, 2008).

Esta enfermedad presenta además del dolor crónico, trastornos de un sueño no reparador, el cansancio, la fatiga tanto física como mental, perístasis matinal, sensación de hinchazón, ansiedad y depresión, síndrome de colon irritable y dismorrea entre otros síntomas asociados (Gelonch et. al., 2013).

La fibromialgia, con todos sus síntomas, provoca una pérdida importante de calidad de vida para aquellos que la padecen e influye en todas las actividades de su vida diaria, teniendo consecuencias en las relaciones sociales y familiares, estos no pueden entender las experiencias que padecen los



enfermos, induciéndolos a el aislamiento y a una baja autoestima, provocando auto-reproche, sentimientos de culpa y depresión. (Bauen 2008; Moiola y Merayo, 2005)

En cuanto a la población que padece este tipo de condición, se estima que afecta aproximadamente a un 3% de la población mundial, siendo la mayor parte de las personas que padecen fibromialgia mujeres, iniciándose entre los 35 y los 60 años de edad (entre el 80-90%) (Bauer, 2008), de esto se explica por las expectativas sociales femeninas que exigen una hipervigilancia del cerebro sin poder distinguir entre miedo y la lucha y el reposo y la relajación (Keddy, 2009). El papel de la mujer en las sociedades se caracteriza también por la exigencia de ser cuidadoras y no preocuparse por ellas mismas. Estas mujeres están continuamente preocupadas por las necesidades emocionales de otros, trabajando más en los otros que en ellas mismas, eliminando la capacidad de sentir enfado de una manera sana. El género, dentro de esta sociedad patriarcal, pone a las mujeres en un lugar de pacificadoras y las conduce a responsabilizarse de lo que los demás sienten y no querer decepcionar a su entorno, impidiendo la conexión con sus emociones y sus cuerpos.

Para terminar, remarcar que hoy en día se sabe que los pensamientos y creencias del individuo influyen en la manera en que este percibe el dolor y que este se percibe de manera subjetiva y está asociado a los factores biológicos, psicológicos y sociales de cada persona. Es importante que esta enfermedad se diagnostique de manera adecuada y que un equipo multidisciplinar plantee un tratamiento adecuado para cada individuo. (Pérez, 2021).

## **1.2 ¿Qué es la Danza Movimiento Terapia (DMT)?**

La DMT es el uso psicoterapéutico de la danza y el movimiento como proceso creativo para la integración psicofísica. Según Sheets-Johnstone (2010), el movimiento es el principio de la vida, es pre-lingüístico, nos ayuda a sentirnos vivos y tener vitalidad, tiene relación directa con las emociones y nos da más

posibilidad de expresión, así mismo, el movimiento nos ayuda con la validación del YO, a sentirse capaz, en control y a relacionarme conmigo mismo y con el mundo, nos da más conciencia del cuerpo, de las emociones y pensamientos.

Schmails y White (1986) determinan tres orígenes de la DMT:

1. Danza en antiguas comunidades tribales, que tenían una función de afirmación del sujeto y su lugar en el mundo, facilitaba la comunicación con los dioses o el ritmo del universo, contribuía a la formación de la tribu y daba forma a los ritos relacionados con la vida y la muerte, ayudaba a canalizar emociones, así como a crear algo estético o divertido.
2. La danza moderna: esta nace en contraposición a los movimientos estrictos del ballet clásico, utilizando el cuerpo humano como un instrumento de expresión emocional, creatividad y expresividad.
3. Desarrollo del psicoanálisis e interés en el aspecto no-verbal. En el mismo momento que se desarrolla la danza moderna, diferentes psicólogos y psiquiatras desarrollan distintas teorías psicoanalíticas: Freud nos habla del inconsciente como una fuente para profundizar en el autoconocimiento y la reflexión, Reich sobre la tensión muscular como defensa y las emociones reprimidas, Jung sobre la “imaginación activa” y el inconsciente colectivo, Adler sobre el sentimiento de inferioridad “agresive drive”, Rogers y Maslow sobre psicoterapia humanística, poniendo énfasis en el individuo y su potencial expresivo y creativo y Peris con la teoría Gestalt, enfatizando en la experiencia y acción. Esto influye en el trabajo de diferentes pioneras de la Danza Movimiento Terapia, que se forman y aplican distintas corrientes del psicoanálisis en sus sesiones.

Según Panhofer (2005), la DMT es una especialidad en psicoterapia que utiliza el cuerpo y sus expresiones no verbales como un proceso para promover la integración emocional, cognitiva y física del individuo, persiguiendo la integración psicofísica del individuo. Son pues el movimiento y la danza los que conducen al sujeto desde las partes

olvidadas, reprimidas o disociadas, desde el inconsciente a la conciencia. Una de las herramientas fundamentales que utiliza la DMT es la observación y el análisis de movimiento para detectar no qué movimiento hace el usuario, sino cómo lo hace, a veces basándose en los aspectos cualitativos, psicológicos y expresivos del movimiento, a veces desde una mirada de empatía y sincronía con los usuarios.

Según la ADMTE (Asociación Española de Danza Movimiento Terapia), la Danza Movimiento Terapia se define como “el uso psicoterapéutico del movimiento dentro de un proceso que persigue la integración psicofísica (cuerpo-mente) del individuo. Se caracteriza por el uso que hace del medio y proceso artístico (en este caso la danza y el movimiento) para ayudar a abordar los conflictos emocionales o psicológicos de las personas”.

La ADTA (Asociación Americana de Danza Terapia) la define como “el uso psicoterapéutico del movimiento para promover la integración emocional, social, cognitiva y física del individuo”.

La Danza Movimiento Terapia es una de las ramas de las llamadas artes terapias, que usa el movimiento como medio de expresión, análisis y cambio. La forma en que nos movemos, nos sostenemos y nos relacionamos con nuestro cuerpo se refleja en nuestro estado emocional y viceversa, así pues, cambiando nuestros patrones de movimiento, podemos cambiar nuestros patrones emocionales, tanto a nivel personal (autoconocimiento) como en nuestra manera de relacionarnos con el otro.

Muchas de las técnicas empleadas para la DMT fueron creadas o derivan de las aportaciones hechas por las pioneras de la Danza Movimiento Terapia, en este estudio se utilizaron técnicas de:

**Marian Chace**, partió de la danza como medio para comunicarse en directo mediante la expresión y la interacción con aquellos que tienen dificultades para tener contacto. Entendió la danza como la comunicación que satisface la necesidad humana más básica e intentaba buscar la parte de la persona que

todavía quería ser oída y ser sana. Chace tiene como conceptos fundamentales: La acción corporal, es decir el uso del movimiento para dejar libres el pensamiento, las ideas y los sentimientos que se encuentran sostenidos en los músculos en forma de rigidez. El simbolismo, usando la imaginación, las fantasías y las memorias para representarlas en el movimiento. La relación terapéutica en movimiento, haciendo espejo (mirroring) y la relación rítmica del grupo, usando el grupo para facilitar y ayudar la expresión de pensamientos y sentimientos en una manera organizada y controlada (Levy, 1988).

**Mary Whitehouse**, parte de un estudio intenso de la danza con Mary Wigman y aplica las teorías de Jung: la conciencia kinestética, la polaridad, el movimiento auténtico y la relación terapéutica. En su metodología encontramos al terapeuta como líder o intermediario, dando espacio al paciente para interpretar y fluir libremente, a veces añadiendo consignas. Whitehouse usa la intuición para saber cuándo una intervención es adecuada o cuando es mejor esperar y dejar al cliente elegir (client-centred approach), ayudándolo a poder expresar su propio proceso de movimiento (Levy, 1988).

**Alma Hawkins**, Su teoría parte del proceso creativo, la relajación progresiva (de Jacobson), los modos de conciencia de Ornstein, el innersensing y la psicología humanística. Su metodología incluye el movimiento auténtico, empezó con la experiencia en alineación en movimiento para ayudar al cliente a concentrarse y relajarse para más tarde trabajar con imágenes en movimiento, explorándolas en parejas para después reunir al grupo y hablar sobre sus experiencias (Levy, 1988).

Así, la DMT es una disciplina que fue creada por bailarinas de danza moderna que sensibilizadas con las emociones asociadas al movimiento corporal comienzan a investigar teorías psicológicas del momento (psicoanálisis) para resolver y explorar el conflicto del sufrimiento humano (Martín, 2011). Profundizando en estas investigaciones se desarrollaron distintas vertientes de psicoterapia, todas ellas enmarcadas en la DMT.

A día de hoy se contemplan tres postulados de la DMT (Wengrover y Chaiklin, 2008)

1. La concepción del ser humano como unidad indisoluble cuerpo-mente. La intervención en la psique se realiza interviniendo en el cuerpo a través de la danza y el movimiento.
2. El potencial terapéutico del proceso creativo por medio de la danza y el movimiento como vía de comunicación entre usuario y terapeuta. Siendo este proceso creativo la vía de acceso al inconsciente.
3. El danza-terapeuta tiene conocimientos sobre el desarrollo evolutivo, el origen de la psicopatología basada en el vínculo con las figuras parentales y la psicoterapia desde un enfoque relacional, siendo distinto a la danza terapia o a una clase de danza. (Hölter y Panhofer, 2005)

### **1.3 FIBROMIALGIA Y DMT**

La fibromialgia es una afección prolongada que se asocia con dolor generalizado y se reconoce como una de las principales causas comunes de discapacidad.

La DMT es una herramienta que en las últimas décadas se ha empleado en múltiples patologías en base a la idea de que puede tener efectos terapéuticos y está siendo aplicada en contextos sanitarios por parte de profesionales de la salud en equipos multidisciplinares, así como en contextos educativos o sociales, de ámbito privado y público (Martín, 2011).

Se sugiere que la DMT es particularmente útil para abordar los componentes biopsicosociales del manejo del dolor crónico (Shim et al., 2019), este mismo autor comprobó la eficacia de la DMT en estudios concernientes a la kinesiofobia que padecen los afectados por fibromialgia, disminuyendo la tendencia catastrófica, evitando el miedo y promoviendo la motivación. Según

Acolin (2016), citado en Nazon, (2022) uno de sus fundamentos centrales es considerar que la mente, el cuerpo y el espíritu son un todo.

Según el meta-análisis de Bravo et al., (2019), existen gran cantidad de estudios donde se ha demostrado la eficacia de la DMT en los programas de rehabilitación de la fibromialgia, comprobando la mejora de varios de los síntomas como dolor general, calidad del movimiento, limitaciones funcionales y calidad de vida. Así mismo, se demuestra una mejora significativa en las variables de ansiedad y depresión en los usuarios que participan de los programas de DMT, este autor recalca que se debe estudiar más profundamente, con grupos de control y más participantes.

Al ser un enfoque mente-cuerpo, la DMT puede ayudar a los pacientes que sufren dolor crónico a obtener claridad sobre algunos de los procesos psico-conductuales relacionados con su dolor, ofreciéndoles al mismo tiempo una salida creativa para re-habitar sus cuerpos (Nazon, 2022). Dado que la DMT es una forma de psicoterapia donde el/la terapeuta asiste a través de la relación terapéutica y a través del cuerpo y su movimiento, ayuda a favorecer la expresión y a contactar con las emociones. Esto ayuda a los usuarios con fibromialgia, que están muy separados de su cuerpo, teniendo en cuenta que cada pequeña modificación, ya sea en el abanico de movimientos, en su ampliación o cambio, por pequeño que sea, influye en la configuración del usuario en su totalidad, la relación que se establece entre cuerpo, mente y emociones evoluciona con cada cambio, ayudando al usuario a comprenderse dentro de su proceso y desarrollar mecanismos que le ayudan en su enfermedad (Blázquez et al., 2010).

Como el dolor es una experiencia encarnada, la DMT crea una herramienta que es más inclusiva, que engloba cuerpo, mente y emociones, dando una posibilidad de crear un puente entre el mundo interior y el mundo externo de cada persona. La comunicación a través del cuerpo dolorido ayuda a los pacientes a volver a ver y revisar sus situaciones vividas. Para el psicoanalista Winnicott, autor clave para la arte-terapia, el proceso creador es un área de “experiencias” que media entre las realidades internas y externas del individuo. Así, se consigue que el arte sea un “puente” para unir estas informaciones. (Parente, 2014)

La creación de grupo también se ve favorecida a través de la DMT, mediante técnicas como el ritmo, el Círculo de Chase o el espejo, entre otros. Los participantes crean lazos entre ellos, animándose a crear nuevos cambios. A pesar de las limitaciones, los estudios existentes destacan cambios en muchas áreas de la relación con uno mismo y con los otros. (Ritter & Low, 1996; Bojner et al., 2006; Blázquez et al., 2010; Shim et al., 2019).

El efecto de la DMT sobre la kinesiofobia ha sido afirmado por hallazgos tanto cualitativos como cuantitativos. En el estudio de Shim et al., (2017) se demostró que los resultados tanto cuantitativos como cualitativos de su estudio confirmaban el papel de la DMT en la reducción de la kinesiofobia; “Se identifican factores y vías específicas asociadas con la reducción del miedo relacionado con el dolor y la evitación de actividades y el aumento de la motivación para el ejercicio físico”.

## **1.4 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

El objetivo de este estudio es buscar, mediante este tratamiento multidisciplinar que por primera vez incluye la intervención de DMT, cómo ayudar a los/las usuarios/as a reducir su kinesiofobia, a mejorar su calidad de vida y a que puedan desde su relato subjetivo descubrir como la DMT les puede ayudar en relación a la escucha de su cuerpo y sus emociones. Si bien ya hay estudios que afirman que la DMT reduce la kinesiofobia como mencionábamos anteriormente, aquí quiero añadir, la calidad de vida y recoger la valoración subjetiva de las usuarias para poder esclarecer en mayor medida el papel de la DMT con esta población.

La pregunta que surge de la intervención llevada a cabo en el CAP del Raval Nord es: ¿se puede, mediante un equipo multidisciplinar, mejorar la calidad de vida de las personas que participan del proyecto STOP DOLOR? El proyecto consiste en el apoyo a un grupo de personas desde varias disciplinas incluyendo: fisioterapia, educación en neurociencia, psicología, nutrición y Danza Movimiento Terapia.

El objetivo general del estudio es observar si la DMT, junto con las otras disciplinas (fisioterapia, psicología, nutrición y educación en neurociencia), ayuda a las personas que padecen dolor persistente o fibromialgia a aprender más sobre su condición, su cuerpo y cómo esto afecta a su estado emocional y en definitiva a su calidad de vida, sobrellevando de este modo su enfermedad de una mejor manera.

En cuanto a los objetivos específicos buscamos los siguientes:

- El primer objetivo específico del estudio es comprobar si la sensación subjetiva del paciente en cuanto a su calidad de vida y estados de ansiedad, han mejorado desde el punto de vista subjetivo del usuario, comprobando si los usuarios han percibido subjetivamente alguna mejora en su día a día o en su modo de enfrentar la enfermedad a través de la DMT.
- Como objetivo número dos, dilucidar cómo se sienten estas personas respecto a sus relaciones, su cuerpo, su día a día y constatar si la DMT puede ayudar a que estos aspectos mejoren en la vida de los participantes en el proyecto.
- Como tercer objetivo: profundizar en la falsa creencia de que, a más dolor menos movimiento, es de vital importancia. En realidad, los resultados esperados por el resto del equipo son poco esperanzadores, el resto del equipo lleva años trabajando en proyectos de esta duración y participación (sin la participación de la DMT), con este tipo de patologías, donde el objetivo del equipo es que las usuarias comprendan que más dolor no significa más lesión y que comprendan que este tipo de dolor no requiere de la quietud ya que no hay lesión. Se pretende que las usuarias entiendan que un poco de movimiento es mejor que nada de movimiento, que los usuarios lleguen a entender esta premisa es de crucial importancia.
- Por último, el cuarto objetivo específico, reafirmar la importancia de incluir un programa de DMT para su realización y ejecución, con un mínimo de 9 sesiones, de 40 min. y con una periodicidad semanal,



logrando la implantación de la DMT en el programa Stop Dolor en Centros de Salud Primaria en Catalunya (CAP) de manera permanente.

Tanto la parte cualitativa (intervenciones, cuestionario de preguntas abiertas y entrevista vía zoom), como la cuantitativa (TSK-11SV y STAI), van a ser explicadas con más detalle en sus apartados más abajo y podrán ser consultados en el apartado de anexos.

## **2 MÉTODO**

En este estudio buscamos, mediante este tratamiento multidisciplinar que por primera vez añade la intervención de DMT, ayudar a los/las usuarios/as a reducir su kinesiophobia, a mejorar su calidad de vida y a que puedan desde su relato subjetivo descubrir como la DMT les puede ayudar en relación a la escucha de su cuerpo y sus emociones.

La fibromialgia es una enfermedad que se caracteriza sobre todo por el dolor difuso en todo el cuerpo, ésta acompañada por diversidad de otros síntomas entre los que se encuentran la depresión y la ansiedad. Cada paciente vive la enfermedad de forma subjetiva y el diagnóstico de la misma también tiene un grado de subjetividad por parte del especialista clínico. Así, es difícil amalgamar a todos los pacientes en un solo paquete. La subjetividad del paciente, sus condiciones, su manera y condiciones de vida, así como su pasado (memoria) van a ser factores cambiantes y determinantes a la vez para cada paciente. (Pérez, 2021)

Es por ello que utilizaré un método mixto: cualitativo, incluyendo el método hermenéutico fenomenológico para analizar las entrevistas y notas del proyecto y cuantitativo, incluyendo el análisis de dos test.

Para el análisis e interpretación de los resultados emplearé, por una parte, una adaptación del método fenomenológico-hermenéutico desarrollado en los Departamentos de Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Umeå en Suecia y de la de Tromsø en Noruega. Este método, promovido por Söderberg, Lundman y Norberg (1999), basado en la filosofía de Ricoeur (1976) y ampliamente utilizado desde entonces, se basa en la subjetividad personal del

usuario en su narrativa. Los datos se analizan utilizando un método fenomenológico-hermenéutico, es un proceso de interpretación que involucra tres fases caracterizadas por un movimiento dialéctico progresivo constante entre el todo y las partes del texto, entre la comprensión y la explicación, y luego una progresión de la explicación a una nueva comprensión.

Así pues, analizaré las sesiones grupales como tales y mis notas del diario, además, plantearé un cuestionario escrito con preguntas abiertas a todos los miembros del grupo y examinaré las transcripciones de conversaciones profundas, de una hora y media de duración aproximada, hechas a través de zoom una vez terminado el proceso de DMT, para la comprensión de la subjetividad de la vida con la enfermedad. Se utilizaron, para esta interpretación, un cuestionario con 6 preguntas abiertas presentado durante las sesiones de DMT, una entrevista personal vía Zoom una semana después de la finalización del proyecto y mis propias notas del diario. Todas estas pruebas y preguntas utilizadas durante el proyecto, se pueden consultar en el apartado de Anexos.

El proyecto se compone de once sesiones, de las cuales, nueve incluyeron intervención de Danza Movimiento Terapia, siendo estas de 40 minutos cada una en el ámbito del Centro de Atención Primaria del Raval Nord. Las/los participantes son de edades comprendidas entre los 35 y los 74 años, siendo 12 participantes, 10 mujeres y dos hombres. Todos ellos con diagnóstico de fibromialgia, aunque también tienen otros diagnósticos paralelos.

El grupo fue escogido de entre 74 personas que pertenecían a la lista de personas con fibromialgia y dolor crónico del CAP Raval Nord, la primera premisa que descartaba participantes fue el entendimiento de la lengua ya que en otras ocasiones donde se han hecho este tipo de talleres (sin la participación de la DMT) ha sido complicado proceder con el taller aún con la participación de mediadores y traductores (el barrio tiene un alto porcentaje de personas de Pakistán y de Filipinas). La segunda premisa fue el compromiso de participar durante toda la duración del taller, el compromiso que mostraron los participantes fue evaluado. Finalmente 12 personas fueron escogidas: 10 mujeres y 2 hombres. La participación del grupo, a pesar de la criba, fue

irregular, siendo solo 7 los participantes que asistieron a todas las sesiones y 2 más que solo faltaron una vez, los tres restantes faltaron habitualmente.

La interpretación comienza con una lectura de comprensión sencilla (Naïve Understanding) encaminada a adquirir un sentido de conjunto, para dar un sentido de un todo coordinado de lo recolectado.

Luego, esta lectura se formula en una comprensión sencilla que proporciona la dirección para la siguiente fase, el análisis estructural (Structural Analysis), que tiene como objetivo identificar partes y patrones de consistencia significativa y buscar una explicación del texto. Para ello se separan y organizan por temas y subtemas las partes del texto (frases o fragmentos de textos).

La fase final consiste en una interpretación del texto en su conjunto, teniendo en cuenta la comprensión naïve y el análisis estructural, surgiendo una nueva comprensión integral que se acerque lo más posible a la comprensión más probable, esto además se apoya en diversos autores que han trabajado con el tema. Según Ricoeur (1976), citado en Söderberg et al., (1999), siempre hay más de una forma de interpretar un texto. La interpretación debe entonces ser no sólo la probable sino también la más probable que otra interpretación. La interpretación presentada es una de las que he encontrado más probable.

A posteriori, y ya fuera de este método, utilizando un método cuantitativo, cotejaré los resultados obtenidos por el método hermenéutico fenomenológico con dos test realizados durante el proyecto para medir si los niveles de kinesofobia y ansiedad se suavizan con el uso de la DMT (siempre teniendo en cuenta que se complementa con el apoyo de educación, nutrición y ejercicio): el TSK-11SV, que muestra el grado de kinesofobia de los usuarios, realizado una semana antes y una después de las intervenciones de DMT y el State-Trait Anxiety Inventory, STAI, que analiza la ansiedad como rasgo y como estado, realizado en la tercera sesión y una semana después de las intervenciones de DMT. Si bien son pocos los participantes que han contestado a todos los test, siguen siendo representativos y a pesar de que no existe grupo de control, considero que los datos pueden servir para referencias en el análisis subjetivo.

## 2.1 INTERVENCIÓN GRUPAL

Aquí se expondrán todas las intervenciones grupales, al ser pocas dan una visión completa del proceso acontecido durante las sesiones, describiendo algunos momentos importantes por su contenido y posterior análisis.

Como parte de la metodología planteo la realización y ejecución de un programa DMT de 9 sesiones, de 40 min., con una periodicidad semanal para la implantación de la DMT en el programa Stop Dolor en Centros de Salud Primaria en Catalunya (CAP) de manera permanente.

La muestra de participantes fue de 12 personas, 10 mujeres y 2 hombres, que han sido tratados en distintos hospitales y clínicas del dolor del Área de Salud de Barcelona. De estos participantes, solo he tenido en cuenta a 7 usuarios, ya que el resto no acudió a las citas con regularidad. Las edades van de 53 a 74 años, han estado con síntomas en rangos de entre un año y toda una vida. Hay 3 participantes con grado universitario, 2 con estudios secundarios y 2 con estudios primarios. La mayor parte de los participantes están divorciados (divorciados 4, casados 1, viudo 1, soltero 1). La mayoría de los participantes vive solo (5 solos, 2 con alguien). Un solo participante sigue trabajando, el resto está de baja o jubilado.

Las intervenciones fueron cuidadosamente planeadas para intentar fomentar distintos aspectos que intervienen en la enfermedad y en el grupo. Para ello presente un plan para cada intervención presentado a la directora del proyecto, las sesiones transcurrieron con un grado significativo de flexibilidad tal como corresponde a las sesiones de DMT.

El bosquejo fue el siguiente:

Todas las sesiones fueron planeadas con un check in y check out verbal

Sesión	Calentamiento	Tema
1ª	Autocuidado y reconocimiento del cuerpo (respiraciones y auto-masaje)	Formación de grupo y de espacio seguro. (Círculo de Chace y espejeo)
2ª	Autocuidado y reconocimiento del cuerpo (respiraciones y auto-masaje)	Círculo de Chace, apoyos (grounding). Juego de encontrarse con mímica (perdiendo el miedo al ridículo)
3ª	Respiraciones Caleidoscopio (contactar con uno mismo)	Entrar al espacio. Juego de los 4 elementos. Buscar nuevos movimientos, interpretar, jugar.
4ª	Autocuidado y reconocimiento del cuerpo (respiraciones y auto-masaje)	Círculo de Chace, rotaciones (movimientos articulares). Perder la rigidez del cuerpo, ablandar.
5ª	Autocuidado y reconocimiento del cuerpo (respiraciones y auto-masaje)	Juego de iniciar-parar (kinesfera, empatía kinestetica) Partes que duelen/no duelen. (Reconocer el propio cuerpo)
6ª	Automasaje: Partes que duelen/no duelen.	Círculo de Chace, agrandar movimientos. Aumentar la kinesfera. Materiales (elásticos, telas)
7ª	Autocuidado y reconocimiento del cuerpo (respiraciones y auto-masaje)	Apoyos: las cúpulas del cuerpo. (fortalecer la base). Desde donde me sostengo.
8ª	Autocuidado y reconocimiento del cuerpo (respiraciones y auto-masaje)	Juego de poner identidad a un pañuelo. Como trato a los demás, como me trato a mí.
9ª	Autocuidado y reconocimiento del cuerpo (respiraciones y auto-masaje)	Despedida: juego de músicas alegres y músicas de adiós.

Estos pacientes han sido demasiado identificados con sus síntomas como parte de quienes son (Payne, 2018), es por ello que pienso que es importante que reconozcan que tienen síntomas pero que ellos no son el síntoma, ni la enfermedad, que puedan expandir la consciencia más allá.

Se ha tenido en cuenta la corta duración, tanto de las sesiones como del número de sesiones, es por ello que, durante las intervenciones, aunque dando tiempo al desarrollo de la creatividad, se han propuesto muchas iniciativas para poder ofrecer un mayor rango de experiencias dejando a los usuarios tomar y transformar la propuesta, personalizándola.

Tener un espacio estable para las reuniones de DMT es importante para los pacientes (Panhofer, 2005) así pues, todas las sesiones se realizaron en la misma sala, diáfana, con luz natural en el segundo piso del CAP del Raval Nord. Tanto el check in, el calentamiento, como el check out se realizaron sentados en sillas dispuestas en círculo. Las sillas se apartaron para el desarrollo de la sesión en sí, dejando algunas por si alguna persona necesitaba sentarse para descansar.

Se trabajó con los límites del cuerpo y la identificación y reconocimiento de distintas partes del cuerpo, ya que esta población tiende a la desconexión del mismo por el alto grado de dolor que sienten a diario. También se trabajó con soltar, “distrayéndolos” del dolor se trató de eliminar la atención que ponen los pacientes en su zona dolorosa, y centrarla en otra cosa, para así quitarle importancia al dolor, y de esta forma, cuando conseguimos eliminar la percepción del dolor focalizándonos en otro proceso, ayudándoles a olvidar cómo se procesa la alerta dolorosa. (Pérez, 2021)

Con todo ello se pretendió conseguir que los usuarios pudieran soltar sus tensiones físicas, pero además pudieran comunicar sus emociones, angustias y pesares, tanto a nivel de movimiento como verbal.

También se trabajó en la formación de un espacio seguro para poder expresarse tanto en movimiento como verbalmente durante el check in y check out de las sesiones. Además, se enfatizó la formación de grupo para la creación de un clima de confianza (espacio seguro). Para ello, los grupos fueron estructurados al estilo del trabajo de Marian Chace, con un momento

inicial de check in donde se recogió como estaba cada participante al inicio del grupo a nivel verbal y no verbal, un calentamiento, un momento de desarrollo de grupo, un check out donde cada participante volvía a expresar como se sentía tanto a nivel físico como emocional.

Trabajamos el grounding, ya que esta población parece tener cierta dificultad con él, (Martín, 2011), esto es la relación con el suelo y el sostén que puede venir del centro o de otros participantes de la terapia.

Se trabajó con metáforas y un poco con expresión libre del movimiento. Las metáforas del movimiento permitieron a los pacientes crear un puente entre sus mundos interno y externo, permitiéndoles ganar cierta distancia y perspectiva sobre situaciones personales (Schmais, 1985; Samaritter, 2009). Como he expuesto en el apartado de presentación de la DMT, pioneras de la DMT trabajaron con la metáfora, como Chace a través del simbolismo o Hawkins, trabajando con imágenes a través del movimiento o Whitehouse que usaba el lenguaje metafórico y las técnicas proyectivas dentro del movimiento improvisado.

El grupo estaba formado inicialmente por 12 personas. El análisis grupal lo haré en base a las siete personas que asistieron a todas las sesiones.

Grupo:

- Usuario 1, mujer, 59 años, divorciada, vive sola. Nacida en Barcelona. Diagnosticada con Síndrome de Covid Persistente desde la pandemia y con fibromialgia desde hace algo más de dos años. Es universitaria y trabajó como funcionaria jurídica y museóloga. Actualmente no trabaja.
- Usuario 2, mujer, 66 años, casada, convive con su marido. Nacida en Barcelona. Desde pequeña tuvo problemas de espalda, llevó corsé, diagnosticada con fibromialgia hace dos años. Con estudios terciarios, trabajo de encargada de una tienda en jornada completa hasta después del confinamiento, que pasó a trabajar media jornada.
- Usuario 3, hombre, 54 años, divorciado, vive solo. Nacido en Girona. Diagnosticado con Síndrome de Covid Persistente y fibromialgia desde

hace 3 años y 9 meses. Actualmente cursa un grado universitario. Trabajaba en un cargo de mucha responsabilidad en unas bodegas, actualmente está de baja a la espera de que valoren su incapacitación.

- Usuario 4, hombre, 53 años, soltero, vive solo. Nacido en Lima. Diagnosticado con fibromialgia hace un año y siete meses, no reconoce síntomas anteriores a los que le llevaron al diagnóstico. Curso estudios de secundaria. Trabaja jornada completa de modo rotativo, sigue trabajando en el mismo lugar desde hace 20 años.
- Usuario 5, mujer, 72 años, divorciada, vive sola. Nacida en Barcelona. Diagnóstico de trocanteritis y estenosis lumbar hace dos años. No reconoce tener dolor crónico o fibromialgia a pesar de estar diagnosticada. Estudio bachillerato, fue ama de casa y en la actualidad esta jubilada.
- Usuario 6, mujer, 53 años, divorciada, convive con su madre. Nacida en Barcelona. Tiene síntomas desde hace más de 20 años y ha sido diagnosticada con fibromialgia hace 10. Cursó estudios primarios y no ha trabajado nunca.
- Usuario 7, mujer, 74 años, viuda, vive sola y los fines de semana comparte con su pareja. Nacida en Valladolid. Presenta síntomas desde 1969 y fue diagnosticada en 1973. Cursó estudios primarios y trabajo de peluquera. Está jubilada por invalidez desde 2007.

A continuación, paso a relatar las 9 intervenciones de DMT que se realizaron durante 9 martes seguidos de 12.00 a 12.40.

En la primera reunión del grupo, el 19 de septiembre, no aconteció ninguna sesión de DMT. Presentaron al equipo y les dieron algunas explicaciones sobre como el ejercicio físico es importante para sentirse bien, de cómo debían, cada



uno, encontrar el límite de hasta donde pueden llegar y se les pasaron unas hojas con ejercicios de estiramientos que debían hacer cada mañana.

Todas las sesiones de la terapia se desarrollaron con música y siguieron la misma secuencia: registro de cómo nos sentimos hoy, física y emocionalmente (Check in), calentamiento, desarrollo del tema del día, cierre del movimiento y puesta en común de lo acontecido o vivido (check out).

#### 1ª INTERVENCION. 26 de septiembre.

Realizo una breve explicación sobre lo que va a acontecer, de las normas básicas de respeto por el otro, de no dañarse y de la privacidad sobre lo que va a suceder dentro del grupo en un intento de iniciar la creación de un espacio seguro del grupo a través de las normas de este y de la cohesión del mismo.

Durante el check in cada usuario relata su malestar físico, ninguno reconoce un estado emocional, a pesar de que les pregunto por ambos. Alternamos unas respiraciones enérgicas y diafragmáticas con el reposo y la escucha del cuerpo. La toma de contacto con el cuerpo y con el aquí y ahora parece surtir efecto. Acto seguido, sugiero un auto-masaje pasando por todo el cuerpo, poniendo atención en nuestra preferencia de presión o velocidad, como dice Panhofer, (2007), la forma de autotocamiento de cada persona nos revela características de su propia idiosincrasia, siendo esto una herramienta de observación en DMT.

Nombro cada parte que van masajeando para aumentar la consciencia de cada parte del cuerpo. La acción de tocar el cuerpo se usa para activar el cuerpo, fomentando el autoconocimiento y la consciencia, trabaja los límites y el aquí y ahora (Popa y Best, 2010; Payne, 2005). Les invito a ponerse de pie e inicio un juego en círculo dónde repetirán su nombre a la vez que hacen un movimiento que les represente, que, después todo el grupo debe copiar, todo esto a modo de presentación y formación de grupo. Surgen el juego y las risas, además de una ligera pérdida de miedo al ridículo. A continuación, voy guiando al círculo a

distintos movimientos, acentuando el ritmo, pasando el liderazgo a los usuarios, de manera alterna, Círculo de Chace (Levy, 1988), los usuarios se ven y son vistos. Una vez deshecho el círculo invito a espejear por parejas. Según Chace la relación terapéutica en movimiento, haciendo espejo (mirroring) y la relación rítmica del grupo ayuda a la expresión de pensamientos y sentimientos en una manera organizada y controlada. Los movimientos son ejecutados con cuidado, lentamente y con poca amplitud, poco a poco observo como se van distendiendo, surgen risas y complicidades, camufladas en vergüenzas. Finalmente voy dirigiendo a espejear de a 4 usuarios y finalmente al círculo de todo el grupo de nuevo, cierran los ojos y escuchamos el cuerpo. La imagen corporal se desarrolla a través de experiencias individuales con los demás, ver al otro y reconocer al otro en mí me ayuda a darme cuenta de mis movimientos y de cómo los uso. Los movimientos han sido, en general, limitados y con poco repertorio. Durante el check out surgen muchas emociones, varias usuarias se tocan el pecho mientras verbalizan que sienten que han soltado algo, que se han relajado, comparándolo con sesiones de meditación a las que han asistido anteriormente y que las hace estar más en la cabeza. Surgen emociones conectadas con la medicina, hablan de la falta de empatía del sistema de salud y también de sus familias o amigos, que les llaman vagos, de familias que no acompañan en su enfermedad y de la culpa que eso les acarrea. Coinciden en que sienten muchas presiones sociales y en que haberle puesto nombre a su enfermedad les ha aliviado.

Se escuchan, se respetan y aceptan los síntomas de cada miembro del grupo, integrando a cada miembro.

## 2ª INTERVENCIÓN. 3 de octubre.

Espero a los usuarios sentada en una silla del círculo, van llegando y se van sentando. Surge un check in espontáneo mientras esperamos al resto del grupo, que finalmente no llega. Nadie cuenta sobre su dolor, excepto 5, que atribuye todo su pesar a una sola lesión física en la parte de la cadera. Hablan de su cansancio, de que nadie les entiende, de la

ansiedad que provoca no saber exactamente que tienen y no poder saber cómo va a ser su día o su futuro.

Iniciamos con el mismo calentamiento que en la primera sesión, para afianzar el ritual. Durante el masaje, tres de los participantes no se tocan las piernas, sino que las sacuden alternativamente en el aire, haciendo algún tipo de ejercicio mecánico algunos de los cuales estaban en las hojas de estiramientos entregado en el primer encuentro del grupo.

Una vez de pie, guio movimientos con rotación, desde las diferentes articulaciones, cuando paso el liderazgo a los usuarios, los movimientos se convierten en directos, simétricos y estereotipados en general.

Entramos al espacio, caminamos y sentimos el pie, lo reconocemos, sus apoyos y su peso (grounding). Sugiero que abran la mirada y miren a las personas que se cruzan. Después les sugiero que se detengan cuando vean a alguien y le saluden con el cuerpo, que le cuenten algo. Los movimientos son de mímica. Les sugiero que se saluden como si se hubieran visto ayer, como si hiciese un año que no se ven, como si no se vieran desde pequeñas y como si fueran alguien a quien no quieren ver.

Volvemos al círculo donde dirijo unos movimientos con rotación y con música relajante. Imaginamos una pelota que cada uno va moviendo y que finalmente se une en una gran pelota que expulsamos al cielo.

Durante el check out, en general sienten un gran alivio y han podido relajarse sin sentir dolor. La usuaria 1, agradece el movimiento y destaca la percepción de su cuerpo: “no me acordaba de que tenía codos”, el usuario 3 está visiblemente contento y rememora su conexión con el cuerpo a través de la danza en experiencias pre-pandemia. La usuaria 2 habla de recuerdos de bailar con su marido con una sonrisa en la cara, pero rápidamente se entristece y comenta: “él siempre me dice que ya volveremos a bailar cuando esté bien”, el grupo acoge y sostiene a la compañera y surge una discusión sobre el tema de los familiares y las expectativas que estos tienen.

### 3ª INTERVENCIÓN 10 de octubre

En el check in empiezan a hablar de emociones, están cansados y tristes, algunas sienten agobio por distintas cuestiones, que van desde la familia hasta los trámites para presentarse al tribunal médico. Límites del cuerpo.

Seguimos con el mismo calentamiento con un poco de variaciones, respiraciones distintas, sacando el aire muy despacio, con un sonido de “S”. Durante el auto-masaje, pongo énfasis en el autocuidado y en prestar especial atención a la cara, las manos irán separándose de esta, y miraremos a través de los dedos, como si fuera un caleidoscopio. Con ello pretendo que conecten con ellos mismos, que miren hacia dentro. Cerramos los ojos y observamos el cuerpo, como haciendo un scanner. Con tal de ampliar el rango de movimiento les propongo entrar en el espacio y moverse con cuatro músicas diferentes como imaginándose que son los 4 elementos (Tierra, Fuego, Agua y Aire), no todas, pero en general adaptan sus movimientos de distintas maneras. Un par de participantes caminan y solo levantan una mano, encogida delante del cuerpo, con la que hacen distintos movimientos. Observo qué como leo en la investigación de Blázquez et al., (2010), es interesante ver como cada uno se mueve de manera distinta a pesar de escuchar la misma música y tener el mismo elemento en mente. Al detenerse les pido que cierren los ojos y sientan su cuerpo y su respiración. Después les pido que abran los ojos y contacten con el espacio y con sus compañeros a través de la mirada. En general el grupo ha aumentado su abanico de movimientos y la ocupación del espacio.

En el check out surgen lágrimas entre recuerdos de la niñez y de lo que ellos llaman la “vida de antes”. En DMT, las metáforas del movimiento permiten a los pacientes crear un puente entre su mundo interno y externo, permitiéndoles ganar cierta distancia y perspectiva sobre situaciones personales (Samaritter, 2009). La usuaria 6 relata sus recuerdos de cuando era pequeña y vivía en un pueblo en el mar, antes de que su padre falleciera y su madre se volviera una carga para ella, llora desconsolada y el grupo se enreda en consejos y “debes hacer”

superpuestos, que detengo pidiéndoles que dejen a cada uno tener su proceso, porque cada uno sabe su situación y no todo sirve para todos. La usuaria 1 llora también, pero dice no saber por qué. En general los usuarios se sienten aliviados y relajados, aun habiendo contactado con situaciones que les han entristecido.

#### 4ª INTERVENCIÓN. 17 de octubre

El check in se convierte en una competición de medicación, hay al menos dos maneras de enfrentarse a ello, yo no tomo todo lo que me recetan porque yo puedo o yo tengo que tomar muchas pastillas porque estoy peor que el resto. Me cuesta cerrar el check in, siento que necesitan hablar de sus medicaciones y malestares en este lugar donde son escuchados y comprendidos, donde están entre pares.

Empezamos con el calentamiento ritual, respiraciones y auto-masaje, reconociendo el cuerpo, dándonos un mimo.

Seguimos con un pequeño círculo de Chase, con movimientos de rotación, intentando abandonar la rigidez de los cuerpos. Entramos al espacio, todos caminan en círculo, acompasados, lentos, sin entusiasmo. Hay una alta permanencia en movimientos conocidos, monocordes, con escasa vitalidad, relacionada con el esfuerzo tiempo (Martín, 2011). Les sugiero que ocupen el espacio, sin dirección fija, sin ningún resultado.

Reparto unos globos, les propongo hincharlos y jugar con ellos individualmente. Todos juegan con él, sin soltarlo, haciendo dibujos en el aire. Propongo que se relacionen a través del globo, es todo muy lento, con mucho cuidado, casi sin ganas. Intervengo: tomo un globo y entro al espacio y moviéndome como un mono, golpeo con el globo a un par de usuarios: empieza el juego, la calidad de movimiento de todos los usuarios cambia al instante, saltan, corren, se golpean rebotando los globos unos contra otros, se ríen, sale la voz, gritan (no tan fuerte), de repente el espacio parece el patio de un colegio.

Se van agotando las energías y propongo encontrar un lugar en el espacio para cerrar los ojos y escuchar el cuerpo, hacer un scanner, sentir los cosquilleos, la respiración.

En el check out, surge la sorpresa de haber podido jugar con tanta energía, hay una sonrisa de flujo libre en todos ellos hasta que la usuaria número 5 menciona que esto lo va a pagar después, sintiéndose mal y con mucho dolor. Hablamos de la posibilidad de auto-regularse, de escuchar el cuerpo sin llevarlo a un límite que sea dañino, cada uno en su camino.

#### 5ª INTERVENCIÓN. 24 de octubre

Durante el check in hay mucho dolor en la mayoría de los usuarios, se repite la frase “hoy estoy fatal, para tirar”, achacan el malestar al clima. Procedemos a empezar el calentamiento de siempre para el reconocimiento del ritual, respiraciones y auto-masaje. Cada vez toman más conciencia de cada parte del cuerpo, se toman más tiempo para cada una de ellas, poniéndole más atención al cuerpo.

Ablandamos un poco el cuerpo, ya de pie, con algunas rotaciones que vamos ampliando hasta salir al espacio, caminando, con alguna usuaria que se sale del círculo. Se acompasa el ritmo de la caminata. Inicio un juego de iniciar parar, cuando un usuario se detiene todos deben detenerse y cuando uno inicia el movimiento, todos deben moverse, esto es para ampliar la percepción del otro y la kinesfera a través de la mirada.

En una de las detenciones propongo cerrar los ojos e identificar las partes del cuerpo que nos duelen, visualizándolas una por una.

Volvemos a caminar y esta vez, al detenernos, les propongo que hagan lo mismo con las partes que no duelen. Desde ahí les propongo que inicien una danza desde las partes del cuerpo que no duelen, desde las que duelen y más tarde que las combinen a su placer. Surgen creaciones interesantes, se sueltan, cada uno metido en sí mismo, escuchándose. La idea es fomentar que la atención se dirija al cuerpo y puedan permanecer en él; proporcionar recorridos por las diferentes partes del cuerpo, movilizándolo cada parte, ayudando en la definición del espacio personal. (Martin, 2011)

Durante el check out aparece la idea de que no se dan cuenta de que tienen lugares que no duelen, que pueden mover desde ese lugar y que eso les ayuda a llevar al movimiento partes que si duelen. El usuario 3 refiere que se siente muy relajado, pero que su garganta está con peso, sugiero que todo el grupo le ayude a gritar, todos reconocen que les ha hecho bien ese grito y agradecen diciendo que lo van a hacer más seguido. Hay una especie de “aha moment” en el grupo: se percibe un momento de euforia controlada al darse cuenta de que han entendido algo en toda su complejidad.

#### 6ª INTERVENCIÓN. 31 de octubre

En el check in se retoma la consciencia adquirida en la sesión anterior sobre las partes del cuerpo que no duelen, hay un cierto alivio en los usuarios.

Calentamos con respiraciones y un auto-masaje dirigido primero a las partes que duelen y después a las que no.

Espejeamos en Círculo de Chace, de manera libre, propongo agrandar los movimientos, ocupando más espacio, llegando cada uno a su límite, aumentando la kinesfera. Seguimos con movimientos libres, se van formando parejas, que se van intercambiando sin ninguna directriz.

Reparto por el suelo unas gomas elásticas atadas por sus extremos, unas telas pequeñas y una tela muy grande. Los usuarios van tomando objetos y relacionándose con ellos, de distintas maneras, estiran o enrollan el elástico, revolean la tela... la tela grande queda en el suelo. Distintas creativities van tomando forma, algunos se interrelacionan a través del objeto, otros no. Cuando el movimiento se va aquietando, propongo tomar la tela grande entre todos y se crea un juego de subir y bajar la tela. Al terminar sugiero cerrar los ojos y escuchar el cuerpo, poco a poco los usuarios se van meciendo y terminan en un círculo, abrazados, meciéndose acompasadamente. Surgen llantos.

En el check out los usuarios relatan momentos de su vida que han sido traumáticos, cada uno va contando y el siguiente se anima a contar también, abandonos, muertes prematuras de la madre, duelos sin

procesar, bulling...no queda ni uno sin contar su infancia traumática. Al despedirse, se abrazan uno a uno entre lágrimas, pero más livianos.

#### 7ª INTERVENCIÓN. 7 de noviembre

Los usuarios están sorprendidos y han pensado durante la semana en la posible relación que sus cuerpos doloridos tienen con sus traumas infantiles o de la adolescencia. Hablan de sus patrones de complacencia, del servicio al otro, de la culpabilidad de no sentirse suficientes. Surgen llantos y el grupo acoge a cada uno de los que va hablando, el check in se alarga mucho, tienen mucha necesidad de compartir que se han dado cuenta de que hay algo que relaciona sus emociones presentes y pasadas con su cuerpo y su dolor.

Hacemos respiraciones y nos auto-masajeamos. Declaran estar cansados así que empezamos rotando las articulaciones sin levantarnos de la silla, invito al movimiento en la verticalidad a los que quieran, solo tres de ellos se levantan y bailan libres, alrededor de sus compañeros, que mueven los brazos desde las sillas. Hay un dar y tomar en los movimientos ralentizados. Ofrecen y toman con sus manos.

Les hablo de los apoyos, desde donde los podemos sentir, desde el arco del pie, el arco de las axilas, el arco que forman las manos, voy nombrando todas las cúpulas que tiene el cuerpo y desde donde nos podemos sostener. Poco a poco todos se van levantando de sus sillas para experimentar la sensación de los apoyos, solo la usuaria 8 queda en la silla, apoyada en su muleta. Así, a través de los apoyos, van creando una base segura del cuerpo fortaleciendo la base. (Martín, 2011).

Lentamente, cuando les pido que busquen un final, todos retoman la posición final de la sesión pasada, todos abrazados en un círculo, meciéndose acompasadamente.

Hay mucho silencio durante el check out. Cada uno parece estar en un proceso interno. Les recomiendo escribir lo que les pase por la cabeza, sin necesidad de compartir si no quieren. Ninguno comparte.



## 8ª INTERVENCIÓN. 14 de noviembre

En el círculo les recuerdo que es la penúltima sesión y surgen morisquetas entre la risa y la pena. De a poco, surgen dolores y pesadez, la usuaria 2 llora, su hija ha sufrido un aborto espontáneo, el grupo la sostiene, salen historias de abortos, provocados o no, de algunas de las usuarias.

Después del calentamiento, con respiraciones y auto-masaje, entramos al espacio, caminan lentamente y repetimos el ejercicio de las estatuas, deteniéndose y volviendo a caminar, pero esta vez soy yo la que indica con una palmada cuando deben detenerse y empezar de nuevo, cada vez que se detienen cierran los ojos y escanean el cuerpo, que sienten, como respiran, donde están. Doy un pañuelo blanco a cada usuario y les dejo bailar libremente hasta que sugiero que le den una identidad al pañuelo, alguien o algo a quien quieran, a quien amen, casi todos los pañuelos se dirigen al pecho, son acunados, o tratados con mucha delicadeza. En la siguiente detención, después de sentir como está nuestro cuerpo después de estos movimientos, cambiamos la identidad del pañuelo, por algo o alguien a quien odiamos, sugiero también que le podemos dar el nombre de fibromialgia si así lo deseamos. Surgen los látigos, se amplían los movimientos hacia afuera, algunos lo tiran contra el suelo. Hay dificultad en la descarga a través del movimiento energético del cuerpo, las respiraciones se contienen o disminuyen, dificultades para el equilibrio y se produce una pérdida del enraizamiento. Esto concuerda con el factor de movimiento peso de Martín (2011).

Finalmente sugiero que tratemos al pañuelo como si fuéramos nosotros mismos. La mayoría no sabe qué hacer, intentan acercarse el pañuelo como hacían cuando “lo amaban”, pero no sale de la misma manera, otros lo llevan con indiferencia, las miradas fuera del espacio. Al ser un enfoque mente-cuerpo, la DMT puede ayudar a los pacientes que sufren dolor crónico a obtener claridad sobre algunos de los procesos

psicológicos relacionados con su dolor, ofreciéndoles al mismo tiempo una salida creativa para habitar de nuevo sus cuerpos. (Nazón, 2022)

Nos sentamos, cerramos los ojos y guio una relajación breve.

El check out se centra en el reconocimiento de cómo nos tratamos y en el alivio que ha sido para ellos en general, poder hacer movimientos directos y de rabia. Hay algunas reflexiones profundas, del comportamiento de cada uno hacia su familia y hacia uno mismo.

### 9ª INTERVENCIÓN. 21 de noviembre

Última sesión, ya en el check in hay muchos agradecimientos hacia los compañeros y hacia mí. Hay reflexiones sobre cómo les ha ayudado esta terapia a conectarse con su cuerpo y a poder relajar y dejar la rumiación. También se respira un deje de pena y de despedida.

Respiramos y masajeamos como de costumbre.

Empezamos el Círculo con rotaciones y vamos agrandando los movimientos, vamos cada vez de grande a pequeño y a la inversa, finalmente nos agrandamos tanto que nuestros pies se despegan del suelo y entramos al espacio. Recorriendo el espacio pongo distintas músicas, los grandes éxitos de “ayer y hoy”, músicas que todos reconocen y disfrutan bailando. Hay mucha energía y risas. Sigo con las mismas músicas conocidas, pero estas empiezan a hablar del adiós, y les sugiero que se despidan con el cuerpo, del espacio y de los compañeros. El usuario 3 se va del grupo hasta otro espacio. Todos se abrazan y sonrían recorriendo el espacio. Cuando empiezan a aquietarse, les propongo volver al círculo y guio unos juegos con las manos donde todos damos y tomamos del grupo, donde cargamos con el mismo peso imaginario, donde amontonamos nuestras manos, finalmente favorezco que se abracen y se balanceen todos juntos, como vienen haciendo en las últimas sesiones.

Durante el check out surgen agradecimientos de nuevo, por haber podido conectar con su cuerpo desde otro lugar que no sea la enfermedad, por haber vuelto a ser creativos. El usuario 3 agradece al proceso vivido en la DMT y le atribuye el haberse atrevido a iniciar una

relación sentimental y sentirse esperanzado y feliz. La usuaria 2 comunica que es la mejor terapia que ha realizado y apunta que ha ido a varias modalidades de terapia tanto públicas como privadas. La usuaria 1 refleja en el grupo su alegría de haber encontrado un grupo de iguales, cada uno con su historia, pero compartiendo la situación, dice que a través del movimiento en parejas (mirroring) ha podido conectar con el resto y se ha dado permiso para escuchar su cuerpo.

## **2.2 Ansiedad rasgo- ansiedad estado. STAI.**

Se presentó a los usuarios el cuestionario de ansiedad estado- rasgo (STAI) de Spielberger et al., (1982) (ver anexo 2), una semana antes de empezar las sesiones de DMT y una semana después de haber finalizado. El propósito de este cuestionario es medir, mediante un auto-informe, la presencia y gravedad de los síntomas actuales de ansiedad y la propensión generalizada a estar ansioso.

El cuestionario STAI se forma de dos sub-escalas que miden la ansiedad desde dos puntos de vista distintos:

Primero, la Escala de Ansiedad Estado (S-Anxiety) evalúa el estado actual de ansiedad, preguntando cómo se sienten los encuestados "en este momento", utilizando ítems que miden sentimientos subjetivos de aprensión, tensión, nerviosismo, preocupación y activación o excitación del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

Por otro lado, la Escala de Ansiedad Rasgo (T-Anxiety) evalúa aspectos relativamente estables de la "propensión a la ansiedad", incluidos estados generales de calma, confianza y seguridad. Se trata de la disposición adquirida, las que son aprendidas por experiencias pasadas y predisponen a una tendencia de respuesta vinculada a esa memoria, percibiendo situaciones como amenazadoras que elevan la Ansiedad-Estado.

La escala STAI tiene 40 ítems, 20 ítems asignados a cada una de las sub-escalas de Ansiedad S y Ansiedad T.

Las respuestas a la escala S-Ansiedad evalúan la intensidad de los sentimientos actuales “en este momento” y tienen una puntuación del 0 al 3 dependiendo de la respuesta (tipo Likert): 1) nada, 2) algo, 3) moderadamente y 4) mucho.

Las respuestas a la escala T-Ansiedad evalúan la frecuencia de los sentimientos “en general” y se puntúan de la misma manera (tipo Likert) eligiendo entre: 1) casi nunca, 2) a veces, 3) a menudo y 4) casi siempre.

Los puntajes para adultos, discriminando entre hombres y mujeres, se clasifican de la siguiente manera (Spielberger, et al., 2010; Julian, 2011):

ADULTOS	AE hombres	AR hombres	AE mujeres	AR mujeres
Muy alto	29-60	26-60	32-60	33-60
Alto	20-28	20-25	23-31	26-32
Promedio	19	19	20-22	24-25
Bajo	14-18	14-18	15-19	17-23
Muy bajo	0-13	0-13	0-14	0-16
Media	20.54	20.19	23.30	24.99

La tabla de resultados STAI para los usuarios del proyecto quedó de este modo:

Usuarías	AE-1	AR-1	AE-2	AR-2
1	17	20	7	21
2	13	25	12	19
5	20	23	15	23
6	19	27	8	27
7	14	18	10	18

Usuarios	AE-1	AR-1	AE-2	AR-2
3	3	19	1	19
4	10	20	12	19

Observamos en general una ansiedad rasgo alrededor de la media, si bien un poco con tendencia a alta, sin grandes cambios en el resultado de los dos test presentados. En cuanto a la ansiedad estado, se presenta más baja que la ansiedad rasgo y con una tendencia a la baja a medida que pasan las sesiones de terapia dentro del proyecto.

### **2.3 Test de Kinesiofobia. TSK-11.**

Se les ha pasado a los usuarios un test llamado Tampa Scale for Kinesophobia (Cuestionario TSK-11SV), adaptado al español por Gómez-Pérez, López-Martínez y Ruiz-Párraga, (2011) (ver anexo 1). La TSK-11 es una versión abreviada de la TSK original que consta de 11 ítems (Hapidou et al., 2012) con cuatro respuestas posibles, que van de 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). El estudio descubrió que una elevada kinesiofobia se asociaba de forma independiente con una menor calidad de vida general (Hidaka et al., 2022). La Escala de Kinesiofobia de Tampa de once ítems (TSK-11): Mide el miedo irracional al movimiento o a volver a lesionarse y tiene una consistencia interna de 0,79 y una fiabilidad de 0,81 (Woby, 2005).

La Escala Tampa de Kinesiofobia se creó como una lista de auto-informe de 17 ítems para evaluar el miedo al movimiento o a (re)lesionarse. La kinesiofobia es un miedo irracional al movimiento físico y a la actividad a causa de una sensación de peligro de volver a lesionarse o tener dolor. La escala puede resultar útil cuando se miden las actitudes e ideas problemáticas sobre el dolor en personas con dolor crónico o fibromialgia. Hay preguntas dirigidas a medir como estos pacientes evitan esfuerzo físico por miedo a (re)lesionarse o tener más dolor y también mide, desde un enfoque somático, la idea que tienen esto sobre sus problemas médicos.

Del cuestionario se obtiene una puntuación bruta que puede oscilar entre 11 y 44 puntos, siendo 11 la ausencia de kinesiofobia y 44 denotaría un miedo grave a experimentar dolor al moverse y por lo tanto un empeoramiento real de la calidad de vida.

En la siguiente tabla, muestra los datos del primer test, acontecido el día de la primera reunión del grupo, una semana antes de empezar las sesiones de DMT y los datos recogidos en la sesión de despedida, una semana después de la última sesión de DMT.

Usuario	1º Resultado	2º Resultado	Diferencia %
1	17/44	24/44	29.17
2	31/44	22/44	-29.03
3	28/44	23/44	-17.86
4	39/44	31/44	-20.51
5	29/44	23/44	-20.69
6	36/44	32/44	-11.11
7	30/44	26/44	-13.33

Como se observa en la tabla, todos los usuarios, exceptuando la usuaria 1, han reducido notablemente su miedo al movimiento después de participar del proyecto. Si bien esto no se puede atribuir por completo a la DMT, ya que han asistido a diversos talleres, creo que el movimiento libre en las sesiones de DMT les ha ayudado a comprender que su cuerpo se puede mover sin que se produzca lesión. Resaltar que el movimiento es bueno para el dolor es importante sobre todo para pacientes con kinesiophobia, para que comprendan que se pueden silenciar las alarmas dolorosas, para ello movimiento y educación son esenciales. (Pérez, 2021). En cuanto a la acción de la DMT en este asunto, creo que el tipo de movimiento y juego usados en las sesiones ayudaron a la consecución de la reducción en kinesiophobia. Pérez (2021) relata que la forma de evitar esta fobia es engañar al cerebro mediante actividades que distraigan, esa distracción puede ser ocasionada por factores externos, tales como ruidos, olores o luces, o factores internos, tales como la imaginación, la vivencia de emociones o respiraciones o juegos, así, centrando la atención en cosas que no sean el dolor y centrándola en otro proceso que está aconteciendo, el cerebro (y yo diría el cuerpo, ya que nada está solo en la cabeza y la cabeza forma parte del cuerpo y a través de la DTM pueden vivir esto desde el cuerpo), de forma inconsciente empieza a entender que las alarmas de dolor no deberían saltar. Este olvido del dolor no es solo momentáneo, sino que se graba en la memoria y ayuda a procesar la alerta del dolor de otro modo. (Louw, 2016; Watson, 2019).

La DMT, al permitir que las personas participen espontáneamente en las actividades de movimiento a su propio ritmo e intensidad anima a los participantes a sentirse a cargo en lugar de ser "forzados" a hacer ejercicio, como puede ocurrir en la fisioterapia o yoga, lo que refuerza su sentido de

conciencia, permitiéndose los usuarios bajar la guardia frente a su umbral de dolor y hacer movimientos que no creían poder hacer, provocando mejoras cognitivas y restauración emocional con respecto a su percepción de eficacia personal frente a la actividad física. Según Shim et al., (2017), “la DMT ofrece un modo empírico de abordar los marcos cognitivos y emocionales desadaptativos de los individuos relacionados con la actividad física, disminuyendo así la tendencia catastrófica y de evitación del miedo y promoviendo la motivación para actividades físicas”. La DMT puede ser de ayuda a estos usuarios fomentando el autocuidado y la confianza en el manejo de sus síntomas diarios.

El efecto de la DMT sobre la kinesiofobia fue afirmado por hallazgos tanto cualitativos como cuantitativos. En el estudio de Shim et al., (2017) también se demostró que” los resultados tanto cuantitativos como cualitativos de su estudio confirmaron el papel de la DMT en la reducción de la kinesiofobia; Se identifican factores y vías específicos asociados con la reducción del miedo relacionado con el dolor y la evitación de actividades y el aumento de la motivación para el ejercicio físico”.

## **2.4 Preguntas abiertas escritas.**

Se presentó al grupo una batería de seis preguntas con respuesta abierta (ver anexo 3), sobre cómo creen que la DMT les ayuda, como se sienten antes, durante y después de la terapia y sobre si creen que pueden soltar dolor y emociones gracias a la terapia.

Las preguntas presentadas fueron las siguientes:

- 1) ¿Cómo me ayuda la Danza Movimiento Terapia?
- 2) ¿Cómo me siento corporalmente antes, durante y después de la terapia?
- 3) ¿Me ayuda a conectar con mis emociones? ¿Cuáles surgen más fácilmente?
- 4) El movimiento, ¿me ayuda a no sentir dolor?
- 5) Cuando me muevo, ¿Suelto el dolor?

6) ¿Puedo soltar las tensiones? ¿el cuerpo? ¿las emociones?

La elección de las preguntas fue pensada para ver representado el impacto de la DMT en el proyecto, siempre teniendo en cuenta la influencia del resto de disciplinas, pero intentando separar lo que los usuarios percibieron subjetivamente de las sesiones de DMT acontecidas.

Mi intención al presentar estas preguntas fue conocer la percepción subjetiva que tuvieron los participantes de las sesiones de DMT y la importancia que los mismos dieron al proceso vivido a través de la DMT dentro del proyecto multidisciplinar. Todos los participantes que respondieron afirman que la terapia les hace bien, que les ayuda a conectar con su cuerpo y liberar su mente, también hay connotaciones relacionales “me ayuda a estar conectada a mi cuerpo y a estar acompañada por la gente y relacionarme”.

A la pregunta de cómo se sienten corporalmente antes, durante y después de la terapia las respuestas toman un tinte feliz, se contempla un proceso que va desde “cansada, triste, agotada” o “tensionada” antes de empezar el grupo a frases como “muy relajada e ¡ilusionada!” o “más relajada” o “salgo muy contento, aunque bastante cansado, a veces incluso extenuado, pero me siento tan bien a otros niveles que lo valoro muy positivamente” después de las sesiones.

La mayoría de los participantes no reconocen por escrito mucho movimiento emocional, hablan más del cuerpo y de la relajación de este.

## **2.5 Entrevistas vía Zoom.**

Una semana después de la finalización de las sesiones de DMT, se realizaron entrevistas vía zoom con dos de los usuarios. Las entrevistas duraron aproximadamente 1 h y 30 minutos.

En las entrevistas se preguntó, en un clima relajado y dejando que el usuario hiciera su propio relato, sobre su percepción subjetiva de cómo les había ayudado la DMT en general.



Surgieron distintos temas a cerca de sus relaciones personales, relaciones sexo-afectivas, relaciones con los centros de salud, su día a día, sobre su dolor y su fatiga, sobre frustraciones, tensiones, autoestima y traumas anteriores a la FM. También sobre el cuerpo, la vida pasada y la dependencia. (ver guía de la entrevista en anexo 4).

## **2.6 RESTO DE DISCIPLINAS APLICADAS EN EL PROYECTO**

Durante las once semanas de duración del proyecto, se aplicaron distintas disciplinas, que también forman parte del método, guiadas por profesionales del Centro de Atención Primaria (CAP). Siendo estas: educación en neurociencia (dos sesiones de 45 minutos), nutrición (una sesión de 1 hora y 30 minutos), encuentros con la psicóloga cognitivo conductual (una sesión de 40 minutos), educación en respiraciones (una sesión de 40 minutos), tai-chi (una sesión de 30 minutos), ejercicios de fisioterapia (tres sesiones de 30 minutos) y Danza Movimiento Terapia, impartida por la investigadora que no pertenece al personal del CAP, (9 sesiones de 40 minutos). Todas las sesiones fueron grupales.

En las sesiones de educación en neurociencia se presentó, acompañado un power point de manera llana y sencilla la reacción del cerebro y el sistema nervioso ante el dolor. Haciendo hincapié en las evidencias de la falta de relación, en caso de fibromialgia, entre el dolor y el daño, explicando mediante diferentes ejemplos la reacción de cerebro y la reacción del cuerpo a este, como por ejemplo la alodina (condición que causa dolor por algo que no suele ser doloroso), la existencia del miembro fantasma (dolor en un miembro no existente) y a hiperalgesia (reacción extrema al dolor). También se les habló de la memoria del cuerpo y de cómo se puede reeducar el cerebro para paliar las consecuencias de su condición.

La nutricionista les hablo de una dieta sana y equilibrada sin productos inflamatorios. Todos los participantes tuvieron un turno de preguntas con sus dietas, además se reveló la falsedad de varios mitos sobre dietas relámpago y alimentos mágicos.

En la sesión con la psicóloga se habló sobre las emociones y se identificaron las básicas (miedo, tristeza, ira, alegría, sorpresa y asco). Se observó una dificultad notable con la identificación de algunas de las emociones, con un rechazo particular hacia la ira.

En la sesión de respiraciones se les hablo de la importancia de esta, se indicó que existen muchas técnicas y se les pidió que empezaran a practicar una técnica de inspirar en tres, aguantar tres, expirar en tres.

Durante la sesión de Tai-Chi se les enseñó a hacer correctamente unos ejercicios llamados las “Ocho perlas”, ejercicios lentos y pausados, usando la respiración.

En las tres sesiones de fisioterapia se repartieron unas hojas con ejercicios de estiramientos y se les mostró como hacerlos.

Lo acontecido en las sesiones de Danza Movimiento Terapia ha sido relatado en el apartado 2.1.

### **3 ANÁLISIS**

#### **3.1 Primera parte: Comprensión sencilla (Naïve Understanding)**

Releo varias veces los cuestionarios, las transcripciones de las entrevistas vía zoom y mis propias notas de las sesiones, para llegar a una comprensión global y a “grosso modo” de lo que significa para estas personas vivir con fibromialgia.

Estas personas confluyen en varios aspectos, su vida es complicada y se sienten culpables de no poder acompañar a sus familiares o de no hacer las cosas que antes hacían (trabajos, trabajos domésticos, salir con amigos...). A menudo no tienen ganas de levantarse de la cama, la fatiga les acompaña en casi todos los momentos y conciben su vida como una lucha contra la enfermedad y el dolor. También se sienten incomprendidas por los seres más cercanos y por la sociedad en general, sintiendo que deben justificar en todo momento su enfermedad y que no tienen derecho a sentirse bien los pocos días que se sienten así. Otra cuestión que sobresale es la relación con la

sanidad pública, aquí no hay consenso, el abanico va desde quien está absolutamente feliz con sus médicos y tratamientos hasta quien cree que solo con salud privada y dinero pueden obtener ayuda (en estos últimos casos hay una carga de rabia importante contra el sistema).

Todas estas personas han tenido una vida, en general, de servicio al otro, son grandes cuidadoras. También en cada uno de los relatos hay un trauma infantil o adolescente, con vidas bastante duras a mis ojos.

En muchos de los casos ha habido un detonante puramente físico que ha desembocado en la fibromialgia (roturas, hernias, covid persistente...).

### 3.2 Segunda parte: Análisis estructural (Structural Analysis)

Este segundo proceso consiste en analizar los textos parte por parte, separando las frases o párrafos con el mismo tema, condensando el resultado para dar un significado sobre las experiencias subjetivas vividas por las personas con fibromialgia. Cada tema se divide en subtemas, ya que todos estos temas y subtemas están entrelazados, se pueden analizar por separado y como un todo.

Analizando de manera estructural los textos y entrevistas determino 4 temas y once subtemas que detallo en el siguiente cuadro que después ilustraré con citas de las personas que formaron parte del proyecto.

TEMAS	SUBTEMAS
Relaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- con la sociedad</li> <li>- con la familia</li> <li>- con los amigos</li> <li>- con el sistema de salud</li> </ul>
La vida con FM	<ul style="list-style-type: none"> <li>- trabajo y economía</li> <li>- día a día.</li> </ul>
El cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- el dolor y la fatiga</li> <li>- autoestima y emociones</li> </ul>
Sesiones de DMT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dolor durante la DMT</li> <li>- la ayuda de la DMT</li> </ul>

## Relaciones

Estas personas han tenido una vida de servicio hacia el otro, suelen llevar el peso de sus familias por una u otra razón. “mi madre murió cuando yo tenía 10 años, me tuve que hacer cargo de la casa y de mis 6 hermanos, no tuve vida”,

- con la sociedad: a las personas que no conocen sienten que no vale la pena explicarles nada, sienten que las miran como personas inútiles o vagas. En ocasiones como si se aprovecharan de su enfermedad fingida. “Escuché a mis vecinas cuando pasaba por delante, mira esa vive del cuento”. En general dicen que no les importa lo que piensen los demás, pero hay un gesto compungido en sus rostros cuando lo cuentan. Declaran que es más fácil cuando hay algo externo que los identifica como enfermos: “me miran el bastón y no se atreven a hacer muchos comentarios o preguntas”.
- con la familia: hay una polaridad en este asunto, desde las familias que se hacen cargo de la situación y apoyan a las personas con FM, hasta los familiares que queriendo ayudar, empeoran las cosas. Los primeros definen la situación como anómala, con frases como “he tenido suerte, tanto con mis hermanos como como mis sobrinos me ayudan en lo que pueden, incluso económicamente” o “la verdad que mi familia muy bien”. Entre las segundas, se registran frases de ánimo que terminan haciendo que la persona que padece fibromialgia se sienta culpable, sugiriéndoles que, en un futuro, podrán hacer cosas que hacían antes de la FM: “mi marido me dice que cuando me encuentre mejor, volveremos a ir a bailar” A veces existe un maltrato hacia la persona con FM “mi madre cuando quiero ir a comprar algo que me hace falta y le pido el dinero, me dice que me busque mi propio monedero y se ríe porque sabe que no tengo”.
- con los amigos: en general las personas con FM han apartado de su vida a sus amigos de antes. Algunos se quedan aislados y otros hacen nuevas relaciones. La razón de este aislamiento es no tener que

esforzarse por ser la persona que eran antes. “es agotador intentar estar al nivel de quien ellos conocían, así que prefiero no verlos”, también hay un cansancio generalizado de tener que justificar su enfermedad ante los amigos que a veces parecen incrédulos: “ya ni les hablo de mi enfermedad, el que quiso escuchar escucho y el que no, no vale la pena. Tampoco quiero que estemos todo el tiempo hablando de mí y de mi enfermedad” o “odio que me digan que me ven estupenda, que no parezco enferma, he estado haciendo un esfuerzo, arreglándome y descansando para poder estar con los amigos, parece que tengo que demostrar que estoy fatal”. Un solo usuario habla de su vida afectivo sexual, que había desaparecido desde el diagnóstico y atribuye a la terapia haber retomado una relación amorosa: “conectar con mi cuerpo y la danza de nuevo me ha dado el empujón para atreverme a iniciar una relación sin pensar en que voy a ser una carga, ¡gracias por tanto!”

- con el sistema de salud: respecto al sistema de salud también hay distintas polaridades. unos dicen estar contentos con la atención recibida, aunque reconocen que es limitada, de nuevo se atribuye a la suerte “he tenido suerte, tanto con los médicos como con las terapias recibidas, comprendo que no se puede hacer todo, ya que ha habido recortes en el sistema público sanitario, pero en general estoy muy contenta y soy una defensora del sistema público de salud”. En cambio, otros se sienten enfadados “nada sirve, tienes que ponerte de mal humor para que te hagan caso, fui a la Clínica del Dolor y les he montado un escándalo para que me hagan una prueba que hace meses que espero”, también hay quejas económicas y parece haber un consenso sobre que, con mucho dinero, en instituciones privadas, estarían mejor atendidos. Todos sienten que hay una deficiencia en la atención psicológica hacia su enfermedad “he hecho 5 rehabilitaciones, he estado en la Clínica del Dolor y en el Hospital del Mar, pero nunca llego a tener ayuda psicológica, supongo que el sistema de salud mental está saturado y como no tengo riesgo de suicidio o brotes psicóticos, quedo muy abajo en la lista”

## La vida con FM

- trabajo y economía: todos los participantes excepto uno ya han dejado de trabajar, fue un proceso complicado que minó su autoestima y les hizo sentir culpables, “me siguen llamando del trabajo, no entienden que no pueda trabajar al menos media jornada, me dicen que me pondrán una silla...eso me hace sentir mal, no me entienden” o “yo llevaba un grupo de 50 personas y tenía mucha responsabilidad, cuando empezó la enfermedad tuve que dejarlo, no puedo seguir haciéndolo, sobre todo por los problemas cognitivos que he desarrollado a raíz de esto, no me da la cabeza” o “ tenía dos trabajos y estaba haciendo un máster, ahora apenas puedo comprender un libro, aunque intento leer todos los días un poco para no perderme tanto”. Relacionado con la pérdida del trabajo asocian temas económicos, todos ellos han perdido su capacidad económica en un porcentaje elevado e intentan adaptarse a su nueva vida: “por suerte mi familia me ayuda económicamente, he tenido suerte, sino no podría vivir solo”. Estos temas les provoca inseguridad en el futuro, muchos de ellos están pendientes de distintos tribunales médicos, provocando ansiedad y preocupación “espero que acepten los documentos, cada vez que voy falta uno, es agotador” o “resulta que mi expediente ha estado detenido durante seis meses porque faltaba un papel, pero no me habían dicho nada, es como vuelta a empezar”. Entre ellos se aconsejan ser muy meticulosos con los documentos a entregar y cargan contra el sistema “lo hacen para que te agotes y mientras tanto, no te dan nada”.
- día a día: la vida diaria se convierte en algo complicado para estas personas, pasan por tener que planear cada encuentro con mucha anticipación y a no poder participar de nada. “planeo ir a comer porque ya sé que no tengo energías para llegar a una cena, no me puedo quedar mucho tiempo en ninguna reunión porque me canso y eso hace que me sienta rara, a veces solo planear algo me cuesta trabajo y me provoca ansiedad, porque no sé si podré ir o no a un evento” o “yo era una persona muy activa y ahora he tenido que dejar de improvisar”. Hay

situaciones de vivienda que complican toda la gestión de sus recursos de energía: “vivo en un cuarto sin ascensor, solo salir de casa representa un esfuerzo” o “he tenido como un baño de humildad, ahora se lo difícil que puede ser subir una acera, o una escalera”.

## El cuerpo

- El dolor y la fatiga: Estas personas sienten dolor todo el tiempo “hay días que estoy mal y días que estoy peor, intento no medicarme con analgésicos, he aprendido mucho en las sesiones de educación de neurociencia” o “siento como si tuviera una gripe continua, me duele todo en general, articulaciones, musculatura, los tobillos, la espalda, todo” o “cuando me doy un pequeño golpe, o si me hago un pequeño corte, tengo que parar durante mucho tiempo, una hora o más, es exagerado el dolor que siento, y no entiendo porque si tengo tanto dolor habitualmente, una pequeña cosa me puede producir tanto más dolor”. La fatiga es lo más limitante “los días que me da el brote, no puedo hacer nada, y no se entiende porque ese día sí y otro menos”. Aunque cada persona maneja el dolor de distinta manera, merece una nota aparte la diferencia entre los hombres que participan del proyecto, que parecen quitar importancia al dolor, reflejando a veces que únicamente están cansados: “aunque me duela, sé que (la terapia) me hace bien, me pone de mejor humor y no le tengo que dar importancia (al dolor), porque si no, me gana” o “el dolor es lo de menos, la fatiga es lo que me desespera”
- autoestima y emociones: no tener el cuerpo que tenían antes les provoca una baja autoestima “lo que más me afecta a nivel cuerpo, es que al no poder hacer nada y a pesar de cuidarme en la alimentación, he engordado mucho y me veo horrible y no me lo merezco” o “el saber que no puedo hacer (una vida normal) me enfada o a veces me deprime” o “siempre fui fuerte y muy activa, caminaba mucho, he cruzado España a pie y saber que ahora me cuesta levantarme de la cama me da bajón”.
- En las sesiones se compartieron varios traumas entre los usuarios y eso ha dejado sorprendidos a muchos “me he dado cuenta de que todos

nosotros hemos sufrido mucho, me pregunto si eso tiene relación con lo que le sucede a nuestros cuerpos, que han dicho basta”. La sensación de soledad es un factor importante, suele minar su autoestima pensar que molestan o que ya no pueden relacionarse como antes lo hacían: “me tengo que repetir a diario que no estoy sola, que hay personas que me quieren, pero es muy duro” o “he hecho mucho trabajo personal y pienso que no estoy solo, eso ha sido lo más difícil, la falta de afecto”

### Sesiones de DMT

- dolor durante la DMT: En repetidas ocasiones se les ha preguntado cómo les hace sentir la DMT. En las sesiones declaran haber olvidado un poco el dolor y salir de ellas muy bien anímicamente: “los primeros días salía destrozada, con un dolor que me moría, pero contenta, como si me hubiera sacado un peso” o “sentía un alivio emocional, me liberaba bailar, podía pasar del dolor y solo moverme”.
- la ayuda de la DMT: los usuarios piensan que el uso de la DMT en el proyecto ha sido clave, muchos de ellos han tomado parte en otros proyectos sin DMT y declaran que no ha sido lo mismo: “en los otros talleres (que he hecho), eres un espectador, no estás involucrada, solo te muestran cómo hacer ejercicios o te cuentan cómo es la enfermedad y eso está muy bien, pero pienso que es mejor estar haciendo” o “la oportunidad de soltar que me has dado a través del movimiento me ha permitido volver a pensar que la vida es aquí y ahora, y eso me ha permitido volver a enamorarme” o “para mí, el grupo se ha cohesionado de una manera distinta que en otros talleres a los que he ido, aquí nos hemos confesado, hemos llorado, hemos reído, ha sido muy chulo”

### **3.3 Tercera parte: Comprensión y reflexiones** (Comprehensive understanding and reflections)

En la tercera y última fase del análisis se ve todo el texto como un todo. La comprensión sencilla, los análisis estructurales, así como la lectura de diversos autores, son reanalizados para una nueva comprensión integral.



Este análisis se basa en la filosofía hermenéutica, que se centra en la interpretación y la comprensión de los textos (Juuso et al., 2016).

La vida de las personas con FM se ve muy influenciada por la enfermedad, sus vidas, tal y como las conocían, se ven interrumpidas y condicionadas en todas las dimensiones de su vida. Estas personas se ven muy limitadas por el dolor en todo el cuerpo y su fatiga, que influye en todo lo que hacen y en sus relaciones.

Dado que esta condición presenta un alto grado de subjetividad, cada uno de los usuarios ha reaccionado de distinta manera a la enfermedad y sus cuestionarios y entrevistas presentan diferencias, pero se pueden ver los cuatro temas mencionados y cómo todos ellos se interrelacionan.

La invisibilidad de esta enfermedad hace que sus familiares y amigos cuestionen su credibilidad, a menudo no son creídas y tienden a cambiar de amistades para no tener que justificarse en sus relaciones más cercanas, cambiando su círculo de amistades. A estas personas les ayuda tener comprensión y necesitan de un mutuo entendimiento para sentirse mejor a pesar de la pérdida de sus funciones corporales y las limitaciones en su vida social y laboral. (Juuso et al., 2016).

En general estas personas han restringido su vida social; “Los cambios en la vida cotidiana significan una vida social más restringida” (Söderberg et al., 1999), evitan ir a reuniones sociales o si lo hacen, se quedan poco tiempo.

Estas personas sienten que deben justificar su enfermedad, que no se ve por fuera, se frustran cuando se encuentran con otras personas que cuestionan su pesar, esto coincide con el estudio de Juuso et al., (2014) donde expone que “debido a que estas mujeres carecían de signos físicos de FM, otras personas de su entorno carecían de fe en sus experiencias, lo que les provocaba sentimientos de frustración”. No ser visto como creíble y no ser respetado en los encuentros con otros, amenaza la integridad de una persona. (Söderberg et al., 1999). De la misma manera que sucedió en el estudio de Shim et al., (2017), en este estudio todos los participantes hablaron sobre la frustración causada por la naturaleza invisible e incompatible del dolor y expresaron un fuerte deseo y necesidad de comprensión y validación social.

Estos pacientes tienen una mejor y respuesta en cuanto a la promoción y comprensión de su enfermedad cuando son recibidos por el sistema de salud pública desde un lugar de respeto y entendimiento desde la atención primaria (Nygren Zotterman et al., 2016), en este estudio se ha comprobado que la satisfacción de los usuarios respecto a cómo se les comprende y como se les ve desde el proyecto les ha ayudado a comprender mejor la enfermedad y a tener una herramienta más para la vida con esta. El encuentro semanal con el personal del centro de salud contribuyó a la creación de una relación que influyó en el bienestar y la sensación de mejora de los usuarios. Los usuarios están más implicados en su propio bienestar al conocer más de la enfermedad y tener un abanico de herramientas para esta. Por el contrario, cuando han sido recibidos con desconfianza o indiferencia, ya sea por el sistema de salud o por el tribunal médico que decide sus pensiones, se generan unos sentimientos negativos que afectan al usuario empeorando su condición, haciéndolos sentir solos y poco importantes, además de crear reticencias hacia el sistema de salud público, esto coincide con el estudio realizado por Shim et al., (2017).

Una preocupación de estas personas es la pérdida del trabajo y con ello la disminución de su capacidad económica. Tal y como se narra en Juuso et al., (2016) en su estudio: “es devastador para las mujeres (personas) con FM darse cuenta de que no podían seguir trabajando como quisieran”.

La planificación de su día a día también ocupa gran parte de sus existencias, Los participantes luchan por encontrar alivio ante el dolor esto lo hacen mediante la planificación y organización de sus tiempos de actividad y descansos. Para aliviar el dolor, las mujeres cuentan cómo se obligan (o las obligan) a planificar su vida de acuerdo con la enfermedad. (Söderberg et al., 1999).

Estas personas han pasado por estar muy enfadadas con su cuerpo y empiezan a reconciliarse con él a través de la aceptación de la nueva situación: “Cuando las personas están sanas, el cuerpo se da por sentado, pero cuando alguien enferma, el cuerpo ya no se puede dar por sentado” (Söderberg et al., 1999). Las personas del proyecto tuvieron un momento de reflexión conectando su dolor y su fatiga con traumas de la infancia/adolescencia y una vida dedicada al servicio de los demás. Las personas enfermas buscan una

explicación que vaya más allá del mal funcionamiento de su propio cuerpo. Intentan darle un sentido y una coherencia a su enfermedad (Söderberg et al., 1999).

El movimiento les permitió liberar la tensión y la rigidez física y emocional (relajarse y soltar peso) hacia una sensación de libertad y transformación, la DMT les ha ayudado a comprender que pueden llegar más allá de lo que ellos creen en lo físico y relacionarse más de cerca con sus emociones. (Shim et al., 2017)

Los dos hombres participantes del proyecto fueron muy participativos en el grupo, pero desde un ángulo diferente, sin mencionar su dolor físico y raramente, el emocional. Los hombres prefirieron ocultar su malestar en lugar de buscar empatía. Esto está relacionado con lo que Ella et al., (2002) describen en su estudio acerca de la sociedad en la que vivimos, en la que los hombres son adoctrinados para ser exteriormente impassibles porque expresar sus sentimientos y miedos podría significar una pérdida de masculinidad.

Los pacientes han descrito que este cuidado personal que aprendieron en las sesiones de DMT, presenta unas características que les han ayudado a sentir que han mejorado su comunicación, que a la vez les ha ayudado a experimentar una individualización y una visión holística de ellos mismos. La búsqueda de explicación y comprensión de la enfermedad proporciona alivio en los usuarios, el hecho de estar con personas que tenían la misma condición, poder compartir sin sentirse juzgados, les ayudo a no sentirse solos, aislados e incomprensidos. Los usuarios se hermanaron en algún nivel y algunos se siguen viendo fuera del centro de salud una vez terminada la terapia, como sucedió en el estudio de Shim et al., (2017) se crea, a través de las narrativas de sufrimiento, enfermedad, trauma, dolor y pérdida, una intimidad particular y un puente entre las diferentes personas.

Los pacientes comunicaron que se sentían escuchados por la terapeuta y por el resto de profesionales del proyecto, sorprendiéndose cuando recordaba sus historias, reunirse con la misma terapeuta cada semana, sentó unas bases para la relación personal, dando a los usuarios el valor para compartir sus sentimientos y emociones, tal y como sucedió en el estudio de Nygren

Zotterman et al., (2016), los usuarios de este estudio también describieron que era más fácil curar su cuerpo enfermo si el personal de atención médica los atendía de buena manera, lo que les daba más energía y fuerza para manejar su vida diaria.

Las personas que participaron del proyecto, sintieron que podían participar más allá de lo que creían, la DMT, al permitir que las personas participen espontáneamente en actividades de movimiento a propio ritmo y solo si así lo desean, les ayuda a saberse en control, poder decidir si quieren o no hacer algo, en vez de sentir la obligación de moverse como en otras disciplinas.

Según Shim et al., (2017), “Debido a que el dolor es invisible y difícil de objetivar, los pacientes a menudo sienten que los demás no comprenden correctamente el alcance de su dolor y su capacidad física, por lo que temen verse obligados a actuar más allá de su umbral, lo que podría conducir a un agravamiento del dolor o de su capacidad física”. Así pues, la forma estructurada de la DMT, les permitió darse permiso para la actividad física y así, poder soltar y participar de las sesiones libremente. A su vez, mediante este darse permiso para el movimiento y la relación con sus pares a través de este, pudieron, tal y como expresa Shim et al., (2017) en su estudio, aflorar sentimientos de autoestima al darse cuenta que podían moverse y ser más eficaces en el propio movimiento, esto les llevó a cambiar algunos patrones no solo de movimiento, sino de pensamientos y creencias, pudiendo también, cambiar patrones de comportamiento.

También la interacción entre los usuarios fue beneficiosa para ellos, al crearse estos lazos, como dicen en Blázquez et al., (2010): “ser capaz de cuidar a sus compañeros y dar y recibir apoyo y estímulo tiene un efecto positivo en el bienestar psicológico percibido por los pacientes”.

Los participantes, han notado una mejora en la relación con su enfermedad, en alguna medida como se describe en el estudio de Shim et al., (2017): “La DMT les ayudó a estar más en paz con sus cuerpos y con el hecho de que la cronicidad de su dolor puede no cambiar. Pudieron aceptar el dolor como parte de su vida y no sentirse molestos ni abrumados por él”.

El papel del terapeuta se percibió como un facilitador o apoyo que brindaba comprensión empática, apoyo y orientación sin prejuicios, y un entorno de confianza para que los participantes se sintieran seguros al participar en la danza/movimiento. (Shim et al., 2017)

En este estudio, los usuarios están muy agradecidos de las nuevas relaciones y puentes creados a través del grupo de DMT, algunos van a mantener el contacto después del proyecto e incluso hablan de iniciar un grupo de soporte; el contacto social fue muy importante para el bienestar de los pacientes, como exponen Blázquez et al., (2010) en su estudio: “el beneficio psicológico observado puede atribuirse a la red social y la amistad desarrollada mientras bailaba en grupo”. Conocer y moverse con personas en una situación similar generó una sensación de no estar solo, cosa que les afecta mucho y ha salido varias veces en los escritos. Este verse reflejados proporciono alivio a los participantes. Según Söderberg et al., (1999), se sabe que las narrativas sobre el sufrimiento, la enfermedad, el dolor, el duelo y la pérdida crean intimidad y parentesco entre las personas participantes del grupo, haciendo que la enfermedad se convierta en un instrumento para tender puentes entre diferentes personas.

En las sesiones se presenciaron momentos de conexión con la historia de vida, con conexiones emocionales fuertes y dolorosas, tal y como leo en el estudio de Shim et al., (2017), “muchos participantes mencionaron la experiencia de crear y representar narrativas basadas en el movimiento como una forma de lograr una integración autobiográfica”.

Los participantes informaron una mayor conciencia corporal, expresión emocional y capacidad para gestionar eficazmente las emociones como resultado de participar en el tratamiento con DMT.

## **4 DISCUSIÓN**

Enfermedades como la fibromialgia están haciendo mella en nuestra sociedad, esta enfermedad es una de las que produce más bajas por discapacidad en el

mundo afectando a gran número de mujeres y a algunos hombres. (Juuso et al., 2016).

En este estudio se utilizó un método mixto, cualitativo, utilizando la hermenéutica fenomenológica, y cuantitativo, se investigaron los resultados de un proceso de 9 intervenciones grupales de DMT dirigidas a personas con diagnóstico de fibromialgia para ponderar la inclusión de la DMT en un proyecto, de manera permanente, llamado STOP DOLOR en los Centros de Asistencia Primaria de Cataluña.

Todas las sesiones de la terapia se desarrollaron con música y siguieron la misma secuencia: registro de cómo nos sentimos hoy, física y emocionalmente (Check in), calentamiento, desarrollo del tema del día, cierre del movimiento y puesta en común de lo acontecido o vivido (check out).

Los resultados de este estudio nos hablan del desarrollo en la calidad de vida de estos pacientes, así como una mejor adaptación en las relaciones que estas personas mantienen (consigo mismos, con los otros y con la enfermedad), además, muestra resultados positivos en los test de kinesofobia y de ansiedad rasgo-ansiedad-estado. El estudio también nos remite a la necesidad que tienen estos pacientes de ser bien recibidos por los profesionales del sistema de Salud Pública. El proceso de liberación y de soltar desde lo físico y lo emocional que han vivido estas personas les ha permitido entender mejor su enfermedad y poder tener un poco de control sobre el dolor y su vida misma, ayudándoles a identificar herramientas y utilizarlas para estar mejor en su día a día.

Lo que activó este efecto de liberación y soltar que experimentaron los usuarios tanto a nivel físico, emocional, cognitivo y social, fue el resultado de participar en el movimiento (autoreflexivo, expresivo e interactivo) en el contexto grupal del entorno de la terapia como grupo seguro y validador de sus experiencias de vida. La relajación a que les llevaba la sesión, les permitió abrirse a nuevas posibilidades y facilitar la puesta en marcha de mecanismos terapéuticos. La DMT, como terapia de enfoque corporal y creativo, puede ayudar a las personas a relajarse y poder soltar, consiguiendo una flexibilidad emocional y física que puede producir cambios terapéuticos en la atención del usuario en el

dolor, la ampliación de su registro emocional y la capacidad de relacionarse socialmente. Esto también se ve reflejado en el estudio del modelo de DMT de Shim et al., (2017). El abanico de movimientos de estas personas se fue ampliando a medida que se olvidaban de su condición y se daban cuenta de que podían hacer más, ayudados por la ejecución de experiencias semi dirigidas dentro de la DMT y dejando que estas evolucionaran después por su cuenta. Esta ampliación de movimientos fue repercutiendo, a su vez, en la ampliación del registro emocional y en la capacidad de expresión de las emociones.

También se pudo comprobar que, tal y como se demuestra en Nygren Zotterman et al., (2016), los usuarios se sienten mejor cuando son recibidos con continuidad por el mismo equipo sanitario y son tratados desde un lugar de respeto, amable y comprensivo, sin juzgarlos, siendo vistos y comprendidos por los profesionales.

Este estudio aporta la concepción de mejora subjetiva de la calidad de vida de los usuarios respecto a otros proyectos en los que han participado y que no incluían la DMT. Escuchando a los usuarios se revela la importancia que tiene para ellos la participación activa y a través del movimiento en su propia adaptación a la situación que viven, no siendo meros espectadores de su recuperación sino integrando a través del movimiento el trinomio cuerpo-mente-emoción. Debemos tener presente como la DMT ha influido en el sentimiento de grupo, la conexión con ellos mismos y la mejora en la capacidad de compartir sus situaciones de vida. La participación en el grupo proporcionó apoyo social, creando comunidad y esto permitió que los usuarios se abrieran y se expresaran con libertad en un espacio seguro, comunicarse a través de sus cuerpos les ayudó positivamente a percibir mejor su bienestar como recalca Blázquez et al., (2010). En este estudio sucedió tal y como se explicita en Bidonde et al., (2018), la DMT dio a los pacientes la oportunidad de trabajar en tareas de conciencia corporal y centrarse en su percepción corporal, a través de la danza, los usuarios pudieron despertar procesos de creatividad que les ayudaron a tener una mejor calidad de vida.

## 5 CONCLUSIÓN

Como se menciona en la discusión, enfermedades como la fibromialgia están haciendo mella en nuestra sociedad, estos enfermos, que no encuentran cura, alivio, ni comprenden su enfermedad, necesitan explorar posibilidades de intervención que les ayuden a comprenderse desde su cuerpo enfermo. La DMT utiliza el cuerpo y sus expresiones no verbales como un proceso para promover la integración emocional, cognitiva y física del individuo, esto les ayuda a entreverse desde otro lugar y poder así mejorar su calidad de vida, cambiando algo de sus movimientos, pueden cambiar su funcionamiento general. Esto les ayudó, juntamente con las otras disciplinas, a mejorar su calidad de vida.

Así se cumple la hipótesis que refería este proyecto, los usuarios han narrado mejoras subjetivas en su calidad de vida, pudiendo soltar la fijación de la atención en el dolor en ocasiones y reduciendo su aislamiento. Este trabajo remarca la vivencia subjetiva de la persona para comprender mejor su propia enfermedad y así poder relacionar los procesos de su vida.

Destacar, también que los usuarios entendieron que el movimiento es bueno para el dolor, esto es importante sobre todo para estas personas cuyo temor al movimiento incrementa la sensación de dolor, intuyendo que educación y movimiento deben ir de la mano en estos pacientes para conseguir silenciar sus alarmas dolorosas. Distrayendo a los usuarios estas alarmas de dolor no se disparan, esta distracción se puede dar a través de factores externos (ruidos, luces, golpes, olores, etc.) o por factores internos (imaginación, vivencia de otras emociones, respiración), siendo importante el uso de la DMT para estos efectos, por lo tanto, como como mencioné anteriormente, se reduce la kinesofobia, entendiendo que las alarmas de dolor no deberían saltar y grabándose esto en la memoria del cuerpo, ampliando el movimiento y por lo tanto modificando emociones y patrones. Fue a través del juego, el grupo y la creatividad que estas distracciones ocurrieron inicialmente en este grupo, permitiendo la reducción de la kinesofobia.

Las personas que han participado de este proyecto, ha aprendido más sobre su condición, su cuerpo y como esto afecta a su estado emocional y en definitiva a



su calidad de vida, sobrellevando, de este modo, su enfermedad de una mejor manera.

## **5.1 LIMITACIONES DEL MÉTODO**

Los resultados de este estudio se interpretan dentro de varias limitaciones. En primer lugar, las intervenciones tuvieron lugar al unísono con otras disciplinas y otros profesionales (nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta, educadora en neurociencia) y esto hace que los resultados no se puedan atribuir únicamente a la DMT, si bien, los usuarios percibieron la DMT como motor del proyecto. En segundo lugar, la intervención de DMT fue breve, de solo 9 semanas y 40 minutos de duración por sesión, en otras investigaciones futuras se podrían hacer estudios más extendidos en el tiempo para reafirmar los resultados. Además, la muestra era pequeña, teniendo poca incidencia estadística. En último lugar, faltó un grupo de control, para saber si los cambios observados en los usuarios fueron realmente debidos a la DMT o a otros factores. Así el estudio tiene varias limitaciones, pero como sucede en Blázquez et al. (2010), aunque podría ser cuestionado y podría representar un problema con la validez interna del estudio debido a una muestra pequeña y falta de grupo de control.

## **5.2 FUTURAS INVESTIGACIONES**

Los resultados obtenidos en este estudio habilitan la posibilidad de futuras intervenciones en el marco de la Salud Pública Primaria. Nuevos estudios enmarcados en la mejora de la calidad de vida y sobre todo en la mejora de los niveles de kinesiofobia presentados por esta población, añadiendo la participación de un grupo de control sin la participación de la DMT, esclarecería la importancia de la DMT en la intervención con las personas que padecen esta condición.

Las usuarias y usuarios del proyecto han comenzado una movilización hablando con sus médicos de cabecera y dadas las valoraciones tan positivas de las usuarias hacia el tratamiento de la DMT, la dirección del CAP del Raval

Nord, está buscando financiación pública para poder seguir ofreciendo dicho tratamiento y quizá poder seguir investigando en esta línea.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

Alvarez-Astorga, A., García-Azorín, D., Hernández, De La Red, H., Sotelo, E., Uribe, F., & Guerrero, Á. L. (2021). Pensamiento catastrófico ante el dolor: presencia en una población de migrañosos. *Neurología*, 36(1), 24–28. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.10.005>

Belenguer, R., Ramos-Casals, M., Sisó, A., & Rivera, J. (2009). Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura. *Reumatología Clínica*, 5(2), 55–62. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2008.07.001>

Bidonde, J., Boden, C., Kim, S., Busch, A. J., Goes, S. M., & Knight, E. (2018). Scoping review of dance for adults with fibromyalgia: What do we know about it? *JMIR Rehabilitation and Assistive Technologies*, 20(5), e10033. <https://doi.org/10.2196/10033>

Blázquez, A., Guillamó, E., & Javierre, C. (2010). Preliminary experience with dance movement therapy in patients with chronic fatigue syndrome. *Arts in Psychotherapy*, 37(4), 285–292. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2010.05.003>

Bojner Horwitz, E., Kowalski, J., Theorell, T., & Anderberg, U. M. (2006). Dance/movement therapy in fibromyalgia patients: Changes in self-figure drawings and their relation to verbal self-rating scales. *Arts in Psychotherapy*, 33(1), 11–25. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2005.05.004>

Bravo, C., Skjærven, L. H., Sein-Echaluce, L. G., & Catalán-Matamoros, D. (2019). Effectiveness of movement and body awareness therapies in patients with fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55(5). <https://doi.org/10.23736/s1973-9087.19.05291-2>

- Collado, A. (1990) ¿Qué es la fibromialgia?, Hospital del Mar, Barcelona, disponible en <https://www.parcdesalutmar.cat/mar/Fibromialgia.pdf>
- Collado, A. (2008). Fibromialgia: “Una enfermedad más visible.” *Revista de la Sociedad Espanola del Dolor*, 15(8), 517-520.
- Lopez-Cubas, C. (2018). Cuentos Analgésicos. Herramientas para una saludable percepción de dolor (2ª ed.). Zérapí Fisioterapia Avanzada.
- Dalinia (2012). El Sistema Nervioso Autónomo - La Importancia de la Serotonina (1ª ed.). Aki Relax.
- Del Valle Murga, M. T. (1997). La memoria del cuerpo. *Arenal: Revista De Historia De Las Mujeres*, 4(1), 59–74.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=186351>
- Del Mármol, M. Mora, A. Sáez, M. (2010). El cuerpo en la danza: aproximación desde una colaboración entre el análisis estadístico y la autoetnografía. Grupo de Estudio sobre Cuerpo. Equipo de Antropología y performance. Universidad de Buenos Aires.
- Ella, M. P., & Söderberg, D. S. (2002). Struggling for a tolerable existence: The meaning of men’s lived experiences of living with pain of fibromyalgia type. *Qualitative Health Research*, 12(2). 238-249.  
<https://doi.org/10.1177/104973202129119865>
- García-Fructuoso, F. (2015) Síndrome de Dolor Neuroplásticamente Inducido (SDNI): Una aportación para la comprensión de la complejidad de la fibromialgia. <https://studylib.es/doc/5079378>
- Gelonch, O., Garolera Freixa, M., Rosselló Aubach, L., & Pifarré Paredero, J. (2013). Disfunción cognitiva en la fibromialgia. *Revista de Neurología*, 56(11), 573. <https://doi.org/10.33588/rn.5611.2013016>
- Hapidou, E. G., O'Brien, M. A., Pierrynowski, M. R., de Las Heras, E., Patel, M., & Patla, T. (2012). Fear and Avoidance of Movement in People with Chronic Pain: Psychometric Properties of the 11-Item Tampa Scale for Kinesiophobia

(TSK-11). *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada*, 64(3), 235–241.  
<https://doi.org/10.3138/ptc.2011-10>

Heathcote, L. C., Pate, J. W., Park, A. L., Leake, H. B., Moseley, G. L., Kronman, C. A., Fischer, M., Timmers, I., & Simons, L. E. (2019). Pain neuroscience education on YouTube. *PeerJ*, 7, e6603. <https://doi.org/10.7717/peerj.6603>

Hidaka, R., Tanaka, T., Hashikura, K., Oka, H., Matsudaira, K., Moro, T., Matsuda, K., Kawano, H., & Tanaka, S. (2023). Association of high kinesiophobia and pain catastrophizing with quality of life in severe hip osteoarthritis: a cross-sectional study. *BMC musculoskeletal disorders*, 24(1), 388. <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06496-6>

Hölter, G y Panhofer, H. (2005). Relación entre la danza educativa y la Danza Movimiento Terapia. En H. Panhofer (Comp). *El cuerpo en psicoterapia: teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*.

Julián, L. (2011). Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care & Research*, 63 (S11).  
<https://doi.org/10.1002/acr.20561>

Juuso, P., Skär, L., Sundin, K., & Söderberg, S. (2016). The Workplace Experiences of Women with Fibromyalgia. *Musculoskeletal Care*, 14(2), 69–76. <https://doi.org/10.1002/msc.1125>

Juuso, P., Skär, L., Olsson, M., & Söderberg, S. (2014). Meanings of being received and met by others as experienced by women with fibromyalgia. *Qualitative Health Research*, 24(10), 1381–1390.  
<https://doi.org/10.1177/1049732314547540>

Keddy, B., (2009). Fibromyalgia, chronic fatigue and the anxiety-prone brain.  
<http://womenandfibromyalgia.com/2009/10/18/fibromyalgia-chronic-fatigue-and-the-anxiety-prone-brain/#more-492>

Le Breton, D. (2016). Antropología del cuerpo y modernidad. In ebookelo.  
Levy, F. J. (1988). Dance/Movement Therapy: A healing Art. In American Alliance for Health. Physical Education, Recreation and Dance, Reston, VA. National Dance Association.

Leza, J. (2003). Fibromialgia: un reto también para la neurociencia. *Revista De Neurología*, 36(12), 1165. <https://doi.org/10.33588/rn.3612.2003154>

Louw, A., Zimney, K., Puentedura, E. J., & Diener, I. (2016). The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiotherapy Theory and Practice*, 32(5), 332–355. <https://doi.org/10.1080/09593985.2016.1194646>

Martín Cabrero, B. (2011). La danza/movimiento: terapia en un enfoque de Análisis Transaccional integrativo. *Revista De Análisis Transaccional Y Psicología Humanista*, 64, 14-32. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3752400>

Meeus, M., & Nijs, J. (2006). Central sensitization: a biopsychosocial explanation for chronic widespread pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Clinical Rheumatology*, 26(4), 465–473. <https://doi.org/10.1007/s10067-006-0433-9>

Moioli, B., & Merayo, L. A. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Sociedad Española Del Dolor*, 12(8), 476–484.

Moix Queraltó, J. (2006). Cara a cara con tu dolor: técnicas y estrategias para reducir el dolor crónico. *Annals De Medicina*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=284227>

Müller, W., Schneider, E. M., & Stratz, T. (2007). The classification of fibromyalgia syndrome. *Rheumatology International*, 27(11), 1005–1010. <https://doi.org/10.1007/s00296-007-0403-9>

Nazon, T., Puxeddu, V., (2022) Dance Movement Therapy : Bridging The Gaps Between Mind, Body, and Emotion in The Experience and Management of Chronic Pain. [Dance Movement Therapy : - Dipòsit Digital de Documents de la UAB](#)

Neeck, G., & Crofford, L. J. (2000). Neuroendocrine perturbations in fibromialgia and chronic fatigue síndrome. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 26(4), 989–1002. [https://doi.org/10.1016/s0889-857x\(05\)70180-0](https://doi.org/10.1016/s0889-857x(05)70180-0)

Nygren Zotterman, A., Skär, L., Olsson, M., & Söderberg, S. (2016). Being in togetherness: meanings of encounters within primary healthcare setting for patients living with long-term illness. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19–20), 2854–2862. <https://doi.org/10.1111/jocn.13333>

Panhofer, H. y Rodríguez, S. (2005). La Danza Movimiento Terapia: una nueva profesión se introduce en España. En H. Panhofer (Ed.), *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. (49-95).

Panhofer, H. (compiladora) (2005). *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*.

Panhofer, H. (2007). Observación y análisis del movimiento. Presentación Power Point. Material didáctico distribuido por el Master en DMT. Universitat Autònoma de Barcelona.

Parente Costa, S. P. (2014b). Expresión artística del cuerpo para mujeres con fibromialgia. *Arteterapia*, 8(0). [https://doi.org/10.5209/rev\\_arte.2013.v8.44438](https://doi.org/10.5209/rev_arte.2013.v8.44438)

Payne, H. (2003). Dance Movement Therapy: Theory and practice. In *Routledge eBooks*. <https://doi.org/10.4324/9780203359266>

Payne, H. (2005). Encerrados y excluidos. Danza movimiento terapia con niños y adolescentes. En H. Panhofer (ed.). *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. (131-182).

- Payne, H. (2010). Personal development groups in post graduate dance movement psychotherapy training: A study examining their contribution to practice. *The Arts in Psychotherapy*, 37(3), 202–210.  
<https://doi.org/10.1016/j.aip.2010.04.002>
- Payne, H. (2018). Moverse juntos: el enfoque TBMA (The BodyMind Approach) para ayudar a las personas a autogestionar sus síntomas sin explicación médica. En ¡Con-muévete y mueve el mundo! (pp.29-45).
- Pérez Fernandez, C. (2021). El dolor crónico desde el punto de vista de la neurociencia. NPunto *Punto*, 137(137), 1–137.  
<https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6114ec3d985f3art1.pdf>
- Popa, M. R., & Best, P. A. (2010). Making sense of touch in dance movement therapy: A trainee's perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 5(1), 31–44. <https://doi.org/10.1080/17432970903545941>
- Precio, DD (2000). Mecanismos psicológicos y neuronales de la dimensión afectiva del dolor. *Science* 288 , (pp 1769-1772).
- Rodríguez, S. (2004). Danza Movimiento Terapia y fibromialgia: una aproximación al dolor en todas sus dimensiones.  
(<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=144599>)
- Rodríguez, S. (2005). Danza Movimiento Terapia y fibromialgia: cuerpos que hablan del dolor. En H. Panhofer (Ed.), *El cuerpo en psicoterapia. Teoría y práctica de la Danza Movimiento Terapia*. (pp.189-215).
- Samaritter, R. (2009). The use of metaphors in dance movement therapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4(1), 33-43.  
doi:10.1080/17432970802682274
- Sanders, T. E., Winter, D., & Payne, H. (2018). Personal constructs of Mind-Body identity in people who experience medically unexplained symptoms. *Journal of Constructivist Psychology*, 32(4), 408–423.  
<https://doi.org/10.1080/10720537.2018.1515047>
- Schmais, C., & White, E. Q. (1986). Introduction to dance therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 9(1), 23–30. <https://doi.org/10.1007/bf02274236>

Sheets-Johnstone, M. (2010). Why is movement therapeutic? *American Journal of Dance Therapy*, 32(1), 2–15. <https://doi.org/10.1007/s10465-009-9082-2>

Shim, M., Johnson, R. B., Gasson, S., Goodill, S., Jermyn, R., & Bradt, J. (2017). A model of dance/movement therapy for resilience-building in people living with chronic pain. *European Journal of Integrative Medicine*, 9, 27–40. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2017.01.011>

Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P., & Jacobs, G. (2010). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Adults: Sampler Set. Mind Garden Consulting Psychologists Press. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0943>

Söderberg, S., Lundman, B., & Norberg, A. (1999). Struggling for Dignity: The Meaning of Women's Experiences of Living with Fibromyalgia. *Qualitative Health Research*, 9(5), 575–587. <https://doi.org/10.1177/104973299129122090>

Torreiglesias, M., (2006). Fibromialgia: cuando el dolor se convierte en enfermedad. Dolor difuso, cansancio, calambres, insomnio. Guías Prácticas de Saber Vivir, volumen 8, (3ª ed.).

Valdés-Orrego, I., Araya-Quintanilla, F., Muñoz-Cuevas, M., Maturana-Madrid, K., & Navarrete-Cabrera, M. (2018). Efectividad de la educación basada en neurociencias en pacientes con dolor lumbar crónico: revisión sistemática con metaanálisis. *Fisioterapia*, 40(6), 319–330. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2018.08.001>

Villanueva, V., Valía, J., Cerdá, G., Monsalve, V., Bayona, M. J., & De Andrés, J. (2004). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Revista De La Sociedad Española Del Dolor*, 11(7), 50–63. [http://revista.sedolor.es/pdf/2004\\_07\\_05.pdf](http://revista.sedolor.es/pdf/2004_07_05.pdf)

Watson, J. A., Ryan, C., Cooper, L., Ellington, D., Whittle, R., Lavender, M., Dixon, J., Atkinson, G., Cooper, K., & Martin, D. (2019). Pain Neuroscience Education for Adults With Chronic Musculoskeletal Pain: A Mixed-Methods



Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Pain*, 20(10), 1140.e1-1140.e22. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.02.011>

Wengrower, H. y Chaiklin, S. (2008). La vida es danza. El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 5(1), 101–104. <https://doi.org/10.1080/17432971003612607>

Woby, S., Roach, N. K., Urmston, M., & Watson, P. J. (2005). Psychometric properties of the TSK-11: A shortened version of the Tampa Scale for Kinesiophobia. *PAIN*, 117(1), 137–144. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.05.029>

Wolf, M. (2011). La Serotonina y su posible relación con la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica. <http://fibromialgico.blogspot.com.es/2011/05/la-serotonina-y-su-posible-relacion-con.html>

Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., Tugwell, P., Campbell, S., Abeles, M., Clark, P., Fam, A. G., Farber, S. J., Fiechtner, J. J., Franklin, C., Gatter, R., Hamaty, D., Lessard, J., Lichtbroun, A. S., Masi, A. T., . . . Sheon, R. P. (1990). The american college of rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism*, 33(2), 160–172. <https://doi.org/10.1002/art.1780330203>

Wolfe, F. (2010). New American College of Rheumatology Criteria for Fibromyalgia: A Twenty-Year Journey. *Arthritis Care & Research*, 62(5), 583–584. <https://doi.org/10.1002/acr.20156>

### Referencias webgráficas

American College of Rheumatism <https://rheumatology.org/es>

ADMTE <https://danzamovimientoterapia.com/>

ADTA <https://www.adta.org/>

Canal Salut Genecat <https://canalsalut.gencat.cat/ca/detalls/article/Fibromialgia-00001#diagnostic>

## **7. ANEXOS**

Anexo 1: Test de kinesiofobia. TKS-11.

Anexo 2: Test de ansiedad rasgo/estado. STAI.

Anexo 3: Cuestionario escrito de preguntas abiertas.

Anexo 4: Guía para la entrevista vía zoom.

Anexo 5: Consentimiento informado.

Anexo 1

**CUESTIONARIO TSK-11SV**  
*Tampa Scale for Kinesiophobia (Spanish adaptation. Gómez-Pérez, López-Martínez y Ruiz-Párraga, 2011)*

**INSTRUCCIONES:** a continuación se enumeran una serie de afirmaciones. Lo que Ud. ha de hacer es indicar hasta qué punto eso ocurre en su caso según la siguiente escala:

	1	2	3	4
	Totalmente en desacuerdo			Totalmente de acuerdo
1. Tengo miedo de lesionarme si hago ejercicio físico.	1	2	3	4
2. Si me dejara vencer por el dolor, el dolor aumentaría.	1	2	3	4
3. Mi cuerpo me está diciendo que tengo algo serio.	1	2	3	4
4. Tener dolor siempre quiere decir que en el cuerpo hay una lesión.	1	2	3	4
5. Tengo miedo a lesionarme sin querer.	1	2	3	4
6. Lo más seguro para evitar que aumente el dolor es tener cuidado y no hacer movimientos innecesarios.	1	2	3	4
7. No me dolería tanto si no tuviese algo serio en mi cuerpo.	1	2	3	4
8. El dolor me dice cuándo debo parar la actividad para no lesionarme.	1	2	3	4
9. No es seguro para una persona con mi enfermedad hacer actividades físicas.	1	2	3	4
10. No puedo hacer todo lo que la gente normal hace porque me podría lesionar con facilidad.	1	2	3	4
11. Nadie debería hacer actividades físicas cuando tiene dolor.	1	2	3	4

## 7.5. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

ANSIEDAD-ESTADO		
<p><i>Instrucciones:</i> A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se <i>siente usted ahora mismo</i>, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.</p>		
1. Me siento calmado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
2. Me siento seguro	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
3. Estoy tenso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
4. Estoy contrariado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
6. Me siento alterado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
8. Me siento descansado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
9. Me siento angustiado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
10. Me siento confortable	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
11. Tengo confianza en mí mismo	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
12. Me siento nervioso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
13. Estoy desasosegado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
15. Estoy relajado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
16. Me siento satisfecho	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
17. Estoy preocupado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho

19. Me siento alegre	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
20. En este momento me siento bien	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho

7. Instrumentos de evaluación para los trastornos neuróticos y secundarios a situaciones estresantes

7.5. Inventario de  
Ansiedad  
Estado-Rasgo  
(State-Trait  
Anxiety  
Inventory,  
STAI)

2

ANSIEDAD-RASGO		
<i>Instrucciones:</i> A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se <i>siente usted en general</i> , en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.		
21. Me siento bien	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
22. Me canso rápidamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
23. Siento ganas de llorar	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
26. Me siento descansado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
30. Soy feliz	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
32. Me falta confianza en mí mismo	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
33. Me siento seguro	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0. Casi nunca	1. A veces

	2. A menudo	3. Casi siempre
35. Me siento triste (melancólico)	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
36. Estoy satisfecho	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
39. Soy una persona estable	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre

*Instrumentos de evaluación para los trastornos neuróticos y secundarios a situaciones estresantes*

Nombre:

Preguntas abiertas:

- 1) ¿Cómo me ayuda la Danza Movimiento Terapia?
- 2) ¿Cómo me siento corporalmente antes, durante y después de la terapia?
- 3) ¿Me ayuda a conectar con mis emociones? ¿Cuáles surgen más fácilmente?
- 4) El movimiento, ¿me ayuda a no sentir dolor?
- 5) Cuando me muevo, ¿Suelto el dolor?
- 6) ¿Puedo soltar las tensiones? ¿el cuerpo? ¿las emociones?

## Guía de entrevista vía zoom

¿Cómo crees que te ha ayudado la Danza Movimiento Terapia en los diferentes aspectos de tu vida?

¿Cómo te has sentido antes, durante y después de las sesiones?

Más allá de las sesiones, ¿Te ha ayudado en algún espacio de tu vida?

¿Te ha ayudado en la percepción del dolor, en sensaciones de soltar emociones?

¿Cómo sientes tu cuerpo, como te hace sentir?

¿Evitas el movimiento para no sentir dolor?

¿Cómo son las relaciones con tu familia, tus amigos y con el resto de la sociedad?

¿Qué piensas de la atención sanitaria que recibes? ¿Cómo te ayuda?

¿Cómo es tu día a día?

¿Sientes dependencia? ¿Personal? ¿Económica?



## Consentiment informat

....., a ..... de..... de 2023

Jo, en/na.....nascut el  
dia.....y amb DNI/NIE .....

### MANIFESTO

1. Que he sigut convidat/ada a participar d'una investigació duta a terme per la Mònica Aleman Bosa per a la realització de un Treball Final de máster (TFM).
2. Que la investigació será duta a terme al CAP del Raval Nord, mitjançant la Dansa Moviment Teràpia (DMT)
3. Que la duració de la mateixa será de deu (10) setmanes.
4. Que abans, durant i després de la investigació se'm requerirà complimentar alguns qüestionaris i respondre algunes preguntes obertes.
5. Que he sigut informat de que puc abandonar el projecte, si així ho desitjo, sense cap conseqüència.
6. Que les meves dades personals romandran confidencials i serán utilitzades només per a la investigació.

En conseqüència, autoritzo i dono el meu consentiment per participar de l'estudi anomenat.

Signatura

.....

Aclaració en llera d'impremta

.....