

Exploración de itinerarios terapéuticos y corporales con mujeres que viven con fibromialgia: una propuesta desde las prácticas somáticas y ecosomáticas

Daniela Troncoso Vargas* • Angela Rojas Kuschel
Ximena Lagos Morales*****

RESUMEN

Los itinerarios terapéuticos en fibromialgia están marcados por una búsqueda persistente de legitimidad. La ausencia de marcadores biomédicos claros convierte el proceso diagnóstico en un espacio de disputa simbólica, donde las personas deben “demostrar” su sufrimiento frente a profesionales, familias y entornos laborales. Esta necesidad de validación impacta en la subjetividad, generando culpa, auto-duda y silenciamiento del dolor. Estas dinámicas se intensifican en contextos de desigualdad de género, clase y edad. Este artículo sistematiza las experiencias de práctica somática y ecosomática realizadas con mujeres que viven con fibromialgia y residen en la ciudad de Valdivia, al sur de Chile. Se trata de prácticas desarrolladas en el marco de la investigación en curso “Procesos de (des)farmaceuticalización de la vida: Itinerarios terapéuticos y corporales de mujeres en medio de la expropiación capitalista extractiva en Chile” con código INGE-2024-12, financiada por el Proyecto Innovación en Educación Superior InES “Conocimiento + Género Universidad Austral de Chile (UACH)” / INGE220001 / Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID). La exploración ecosomática contribuye a desplazar la noción de sanación como retorno a la norma, proponiendo en su lugar prácticas de cuidado que habilitan nuevas formas de habitar el cuerpo, el dolor y la vulnerabilidad en relación con otros y con el entorno. Desde una ética situada, estos procesos configuran aprendizajes afectivos y comunitarios donde la regeneración no implica corrección, sino reapropiación del misterio, del sentir y de lo común como potencia vital y política.

PALABRAS CLAVE: itinerarios terapéuticos, fibromialgia, prácticas somáticas, medicalización, farmaceuticalización

* Profesora en Universidad de Los Lagos. Correo electrónico de contacto: danielatroncoso.87@gmail.com

** Educadora en la Escuela Body Mind Movement. Correo electrónico de contacto: arkuschel@gmail.com

*** Académica en la Universidad Austral de Chile. Correo electrónico de contacto: ximenalagos@uach.cl

Fecha de recepción: 26 de diciembre de 2025

Fecha de aceptación: 28 de mayo de 2026

Exploring therapeutic and bodily pathways with women living with fibromyalgia: a proposal from somatic and ecosomatic practices

ABSTRACT

Therapeutic pathways in fibromyalgia are marked by a persistent search for legitimacy. The absence of clear biomedical markers transforms the diagnostic process into a space of symbolic dispute, where individuals must “prove” their suffering to professionals, families, and work environments. This need for validation impacts subjectivity, generating guilt, self-doubt, and the silencing of pain. These dynamics are intensified in contexts of gender, class, and age inequality. This article systematizes the experiences of somatic and ecosomatic practices carried out with women living with fibromyalgia in the city of Valdivia, in southern Chile. These are practices developed within the framework of the ongoing research project “Processes of (de)pharmaceuticalization of life: therapeutic and bodily itineraries of women amidst extractive capitalist despoliation in Chile,” code INGE-2024-12, funded by the Higher Education Innovation Project “Knowledge + Gender, Austral University of Chile (UACH)” / INGE220001 / National Research and Development Agency (ANID). Ecosomatic exploration contributes to shifting the notion of healing as a return to the norm, proposing instead care practices that enable new ways of inhabiting the body, pain, and vulnerability in relation to others and the environment. From a situated ethics perspective, these processes shape affective and communal learning where regeneration does not imply correction, but rather a reappropriation of mystery, feeling, and the common good as a vital and political power.

KEYWORDS: therapeutic pathways, fibromyalgia, somatic practices, medicalization, pharmaceuticalization

Introducción

Medicalización y farmaceuticalización del cuerpo de las mujeres desde perspectivas críticas

La medicalización se ha conceptualizado como el proceso mediante el cual aspectos de la vida cotidiana son redefinidos como problemas médicos susceptibles de intervención clínica. Según Conrad (cfr. 2007), este fenómeno implica la expansión del dominio biomédico sobre experiencias

humanas previamente no consideradas patológicas. En las últimas décadas, este proceso ha evolucionado hacia la farmaceuticalización, caracterizada por la centralidad de los medicamentos en la gestión del malestar y la vida cotidiana (cfr. Busfield, 2017).

En el caso de las mujeres, la medicalización adquiere una dimensión específica, dado que el cuerpo femenino ha sido históricamente objeto de

regulación biomédica, particularmente en torno a la reproducción, la sexualidad y la salud mental. Como plantea Dumit (cfr. 2012), la expansión del consumo farmacológico no solo responde a necesidades clínicas, sino también a la construcción social de nuevas categorías de enfermedad.

La salud colectiva latinoamericana constituye un marco clave para comprender la medicalización desde una perspectiva estructural. En este campo, Breilh (cfr. 2013) propone la noción de determinación social de la salud, enfatizando que los procesos de enfermedad no pueden reducirse a dimensiones biológicas individuales.

De manera complementaria, Menéndez (cfr. 2009) plantea que los procesos de salud-enfermedad-atención deben analizarse desde un enfoque relacional que considere las prácticas, saberes y estructuras sociales. En esta línea, la medicalización puede entenderse como una forma de reduccionismo biomédico que invisibiliza las condiciones sociales que producen el malestar.

Asimismo, Laurell (cfr. 1982) conceptualiza la salud-enfermedad como un proceso social históricamente determinado, mientras que en trabajos posteriores la misma autora advierte sobre el impacto del neoliberalismo en la mercantilización de los sistemas de salud. En este contexto, la farmacéuticalización puede interpretarse como parte de la expansión del complejo médico-industrial.

La fibromialgia desde la mirada biomédica

Desde un enfoque epidemiológico tradicional, la fibromialgia se ha descrito como una condición de alta prevalencia poblacional, con estimaciones que oscilan entre el 2 y el 4 % a nivel mundial, dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados.

Los estudios coinciden en señalar una distribución desigual por sexo, observándose una mayor prevalencia en mujeres adultas. En este sentido, se ha reportado una proporción mujer:hombre de aproximadamente 3:1, lo que ha orientado parte del análisis epidemiológico hacia explicaciones biológicas y hormonales, así como a sesgos diagnósticos de género (cfr. Ramírez et. al., 2022).

Desde las ciencias médicas y la reumatología clínica, la fibromialgia se define como una condición de salud caracterizada por dolor musculoesquelético crónico extenso, que no tiene una localización específica sino que migra en diversos patrones. Además, se asocian síntomas de fatiga, trastornos en el sueño, la memoria, el ánimo y desbalance hormonal del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (cfr. Ramírez et. al., 2022; García y Abud, 2020). Se desconoce la etiología de la fibromialgia, sin embargo, se han encontrado algunos factores de riesgo que estarían relacionados a su desarrollo, tales como estrés post-traumático, grandes traumatismos, cirugía mayor, violencia física y situaciones traumáticas en la infancia y/o el nacimiento. Estos factores de riesgo provocarían el desarrollo de disfunción neuroendocrina-inmune como resultado de un estado de hiperestimulación y producción de neuroinflamación en el sistema nervioso central, lo cual induciría aumento de sustancias nociceptivas e inflamatorias (cfr. Ramírez et. al., 2022).

Este enfoque biologicista considera que la fisiopatología de la fibromialgia es multifactorial, siendo descrita predominantemente como un trastorno del procesamiento sensorial nociplástico, implicando una sensibilización central y periférica del sistema nervioso sin daño tisular demostrable (cfr. Ablin, 2024; Jurado-Priego et. al., 2024). Este enfoque, que acepta la posibilidad

de mecanismos potencialmente combinados con componentes periféricos y neuroinmunológicos, intenta explicar la heterogeneidad sintomática y la ausencia de biomarcadores específicos (cfr. Paroli et. al., 2024; Jones et. al., 2024). La complejidad de su abordaje clínico ha llevado a establecer criterios diagnósticos estandarizados y la necesidad de una estrategia de evaluación y atención integral y multidisciplinaria, centrada en mejorar la funcionalidad y calidad de vida (cfr. Wolfe et. al., 2016; Häuser et. al., 2021; Jones et. al., 2024).

El abordaje terapéutico de la fibromialgia se concibe como multidisciplinario e integral, combinando intervenciones farmacológicas y no farmacológicas debido a la complejidad clínica del síndrome y la ausencia de tratamientos curativos. Las intervenciones farmacológicas incluyen agentes como duloxetina y pregabalina, que han mostrado evidencia moderada de reducción del dolor, aunque sus efectos suelen ser modestos, con evidencia limitada más allá de periodos cortos (4–12 semanas) y con efectos adversos frecuentes que pueden limitar la adherencia. Otras clases terapéuticas evaluadas presentan evidencia insuficiente o inconsistente para recomendar su uso generalizado. Paralelamente, las estrategias no farmacológicas —centradas en ejercicio físico supervisado y terapia cognitivo-conductual— son ampliamente recomendadas por guías actualizadas aludiendo a su beneficio en términos de funcionalidad y calidad de vida, y suelen ser priorizadas como pilares del tratamiento integrador. La evidencia más reciente subraya que ningún tratamiento aislado es completamente satisfactorio y que la personalización de estrategias en función de las necesidades y tolerancia de cada persona es esencial para optimizar resultados en dolor, sueño y bienestar general (cfr. Ablin, 2024; Ramírez et. al., 2022).

En Chile, la promulgación de la Ley N.º 21.531 sobre Fibromialgia y Dolores Crónicos No Oncológicos (cfr. 2023) constituye un hito en el reconocimiento institucional del dolor crónico como un problema de salud pública y de derechos. Esta normativa define la fibromialgia como un síndrome de dolor crónico no oncológico con impacto funcional, psicológico y social, y mandata al Estado a garantizar una atención integral, oportuna y no discriminatoria. Asimismo, establece protección frente al rechazo de licencias médicas basadas exclusivamente en este diagnóstico y promueve estrategias intersectoriales de capacitación, investigación y participación de organizaciones de pacientes. De este modo, la ley contribuye a tensionar el reduccionismo biomédico, incorporando una perspectiva de derechos, equidad y abordaje multidimensional del padecer crónico (Ley N.º 21.531, 2023).

Vivir con fibromialgia

Es relevante considerar los itinerarios de quienes comienzan a experimentar estos síntomas. Diversos estudios muestran que el trayecto hasta recibir el diagnóstico de fibromialgia puede extenderse en promedio por alrededor de dos años, caracterizándose por la consulta reiterada a distintos/as profesionales de la salud y la realización de múltiples exámenes, muchas veces sin resultados concluyentes, lo que genera estados prolongados de incertidumbre, confusión y desgaste emocional (cfr. Barker, 2005; Jackson, 2011). A ello se suman las dificultades que comienzan a experimentarse en los ámbitos sociales, familiares y laborales, donde los síntomas suelen ser cuestionados o minimizados por el entorno cercano, produciendo experiencias de descrédito, estigmatización y aislamiento, especialmente en cuerpos feminizados (cfr. Werner y Malterud, 2003; López Gómez, 2016).

Desde la antropología de la salud y los feminismos descoloniales, los itinerarios terapéuticos y las trayectorias asistenciales pueden conceptualizarse como procesos encarnados, situados y políticamente atravesados, en los que las personas construyen sentidos sobre su malestar y movilizan recursos diversos —biomédicos, comunitarios, alternativos y relacionales— negociando legitimidad, cuidado y reconocimiento en contextos de desigualdad estructural, colonialidad del saber y jerarquización de los conocimientos médicos (cfr. Menéndez, 2003; Esteban, 2004; Lugones, 2008).

Esta conceptualización implica e invita a descen- trar la biomedicina como único eje explicativo y terapéutico, reconociendo la agencia de las perso- nas en la gestión de su padecimiento, e incluso en la discontinuidad de los tratamientos. Desde esta perspectiva, el abandono terapéutico, la búsqueda de alternativas y la participación en espacios co- lectivos pueden comprenderse no como “fallas de adherencia”, sino como prácticas de resistencia, autoprotección, politización del cuidado y visibi- lización de desigualdades epistémicas y de géne- ro que atraviesan la experiencia de la fibromialgia (cfr. Good, 1994; Esteban 2004).

Oyarce et al. (cfr. 2018) plantean la importancia de explorar trayectorias asistenciales e itine- rarios terapéuticos para entender cómo las personas transitamos por los servicios de salud, con todas las complejidades, rupturas, decisiones, barre- ras, experiencias y significados que eso conlleva. Estudiar estos itinerarios permite aproximarse a conocer contextos de vida, además de visibilizar continuidades/discontinuidades y procesos de atención y desatención (cfr. Hersch-Martínez y Salamanca-González, 2022) desde la experiencia vivida en primera persona durante este tránsito, en el cual se integran las redes de apoyo mutuo familiares y comunitaria, la espiritualidad, las

diversas cosmogonías y los saberes populares y ancestrales.

La investigación fenomenológica crítica ha con- tribuido metodológicamente a legitimar las narra- tivas en primera persona como una fuente central de conocimiento en salud, cuestionando la pri- macía de enfoques exclusivamente objetivantes y biomédicos (cfr. Good, 1994; Carel, 2016). A tra- vés de entrevistas en profundidad, relatos corpo- rales y análisis narrativos, estos estudios han per- mitido acceder a dimensiones del padecimiento que permanecen invisibilizadas en los enfoques cuantitativos tradicionales, particularmente aque- llas vinculadas al significado, la temporalidad y la experiencia encarnada del dolor (cfr. Frank, 2013; Kleinman, 1988). Este giro metodológico ha sido especialmente relevante para el estudio de las vivencias con el dolor crónico y fibromialgia, al problematizar las jerarquías de saber que privile- gian lo objetivable y marginalizan la experiencia subjetiva, especialmente cuando ésta proviene de cuerpos feminizados y medicalizados de manera desigual, produciendo formas de injusticia epis- témica en los contextos de atención en salud (cfr. Barker, 2005; Carel y Kidd, 2014; Werner y Mal- terud, 2003, Silva-Castro, 2015).

Prácticas somáticas y eco somáticas

El concepto de somática fue acuñado por Thomas Hanna, a mitad del siglo XX, quien comenzó a referirse al proceso de vida interconectado como un “soma”, término que en la Grecia antigua se usaba para describir el cuerpo vivo en su totalidad (cfr. Somatic Movement Center, s. f.). Hanna fue estudiante de Moshé Feldenkrais y junto a Fre- derick Matthias Alexander son quienes realizaron las primeras exploraciones conocidas como edu- cación y prácticas somáticas.

Soma en su origen de la palabra es cuerpo, cuerpo vivo atravesado por la historia de la vida en la tierra auto organizada en su sabiduría celular. Es así que, entendemos al soma como lo relativo a la materia del organismo, que es sabia y por tanto informa y es informada por sus procesos: pensamientos, imaginación, afectos, atmósferas, aspectos que desde la somática *son* el cuerpo (cfr. Auxiliadora, 2019). La somática, es un enfoque que aúna diversas disciplinas y saberes como las ciencias biológicas, fisiología, anatomía, psicología, neurociencias, integrándolas con filosofías y sabidurías de pueblos ancestrales de diversos territorios. Es una disciplina que continúa nutriéndose de las experiencias de quienes se interesan en continuar investigando.

La somática como práctica propone la exploración y reconocimiento de nuestros procesos fisiológicos como experiencia viva. Reconocer a través de vivencias las capas profundas donde se conectan y comunican piel, membranas, órganos, músculos, huesos, bioquímica y magnetismo, ampliando la percepción hacia la totalidad de nuestras fibras, pulsando y dialogando para hacer posible nuestra presencia y nuestra vivencia encarnada. Se caracteriza, por tanto, por investigar de manera vivencial las múltiples interrelaciones que existen entre todos estos aspectos de nuestra existencia, con la intención de que puedan dialogar más coherentemente entre sí. Comprendemos y percibimos al cuerpo físico como el soporte material de nuestra existencia, por lo tanto donde todo recae. Como decía Humberto Maturana, la biografía se vuelve biología y por ende también entramado cultural de la humanidad.

A raíz de esta reflexión y exploración sobre el cuerpo vivo emerge la certeza de los cuerpos humanos en diálogo con los cuerpos naturaleza,

un entendimiento de lo humano que reconoce un cuerpo territorio poroso y permeable que se afecta, dialoga y acompaña con la totalidad de lo vivo en nuestra planeta. En términos disciplinares, *la ecosomática*, se entiende como un entramado entre somática y principios de la ecología, a lo cual también sumamos el conocimiento ancestral de todos los pueblos ancestrales guardianes de territorios que han conservado y cultivado el entendimiento y práctica de ser uno con todo lo vivo y sintiente, el eco feminismo y las prácticas descoloniales.

Nuestros cuerpos se han formado en delicada reciprocidad con las múltiples texturas, sonidos y formas de una tierra animada; nuestros ojos han evolucionado en sutil interacción con otros ojos, así como nuestros oídos están sintonizados por su propia estructura con el aullido de los lobos y el graznido de los gansos... Somos humanos sólo en contacto y convivencia con lo que no es humano. (Abram, 2010: 22, traducción propia).

De esta manera, la educación somática y los acompañamientos eco somáticos proponen diversas vivencias que profundizan los procesos de conciencia corporal, ofreciendo experiencias a partir de imagerías, tacto, movimiento, entre otras, las cuales se utilizan para ofrecer espacios de observación interna que permiten encontrar nuevas formas de moverse, relacionarse, vincularse con una misma y con el mundo vivo. Uno de los pilares de la educación somática es que se basa en invitaciones a orientar los procesos atencionales a territorios internos, el llevar nuestra atención permite atender, es decir, vincularse con los procesos que están ocurriendo y que son expresados a través de sensaciones, emociones, vibraciones. La propuesta es atender, que en su origen etimológico es

“ir hacia” o “dirigir hacia”. Abigail Rose Clarke (cfr. 2024), propone que esta acción, este gesto, está cargado de amor, y de vínculo, es una forma de ir a escuchar, y la forma en la que una se acerca hacia los lugares internos cambia los estados perceptivos e incluso a nivel celular-tejido. Ella recalca que es distinto atender, que querer arreglar, corregir eso que observo, ¿qué pasa si en vez de querer corregir el dolor que siento, lo atiendo y me vinculo con él? Esta es una de las diferencias más grandes que propone la educación somática con otras prácticas corporales.

Prácticas somáticas y eco somáticas como apoyo a procesos de bienestar

“Tomar conciencia implica experimentar lo que está presente sin intentar cambiarlo e interpretarlo”

Peter Levine

Es clave considerar que nuestro presente se encuentra enmarcado en una deriva de hiperestimulación: sonidos, luces, redes sociales, jornadas laborales extensas, medicación, expectativas, diagnósticos clínicos, entre otros. Aspectos que marcan la pauta para un Sistema Nervioso en constante sobreestímulo y donde cada vez es más necesario el retorno a los espacios para la contemplación, el descanso profundo y la conexión vincular real piel a piel. Es decir, para posibilitar la regeneración y la reparación de nuestro cuerpo, tanto físico como emocional, es urgente generar espacios de lentitud, pausa, descanso profundo y fortalecer las redes comunitarias.

Las prácticas somáticas nos invitan a escuchar cómo es nuestro presente en el cuerpo, lo que Eugene Gendlin llamaría como percepción sensible, al llevar la atención a una parte de nuestro soma también estamos escuchando su totalidad.

Una percepción sensible no es una experiencia mental sino física. La conciencia corporal de una situación, persona o acontecimiento. Un aura interna que abarca todo lo que sentimos y sabemos sobre un tema determinado o en un momento concreto: lo abarca y lo comunica todo en su totalidad, y no detalle a detalle. (Eugene Gendlin, como se citó en Levine, 2022: 73)

Estas prácticas nos permiten ir ampliando la escucha interna, empezando a reconocer cómo se siente en el presente *estar siendo, ocurriendo*, incluyendo la incomodidad, el dolor, las penas, las alegrías, las comodidades, los traumas. Muchas veces es difícil saber qué estamos sintiendo, o también desafiante habitar un cuerpo que siente dolor, o emociones que no son placenteras, hemos aprendido a huir más que escuchar.

Las prácticas somáticas y eco somáticas nos ofrecen una manera de reconocer que adentro, en nuestros tejidos hay un sostén suave que permite experimentar lo que necesitamos. Es decir, ir desarrollando lugares seguros para que lo que necesite moverse, desplegarse, pueda hacerlo, y que para cada experiencia subjetiva será único, diverso. Para ofrecer este espacio invitamos a percibir y ampliar nuestra sensación de seguridad, así damos lugar a lo que necesita esa sensación incómoda: espacio-tiempo, mirada y encuerpamiento. Así a través de las invitaciones que se realizan en las prácticas, puede aparecer un movimiento, un respiro, descanso, una vibración. Entregar nuestro peso hacia la tierra, vínculo, lo cual permite la vivencia en conciencia de estar siendo contenidas por la tierra, como también, por todo el ecosistema vivo del que somos parte: las aguas, las aves, los bosques y el micelio.

Reconocemos que en nuestras historias vitales individuales y colectivas, no hemos tenido espacio para descubrir y habitar lo que sentimos, si no que estamos atravesadas por una sociedad que nos invita a construir identidades fijas, asociadas a roles de género, a un hacer productivo constante, buscando éxitos tras éxitos. Visualizamos entonces las prácticas somáticas y eco somáticas como una posibilidad de explorar y practicar la presencia más que la identidad, y para ello necesitamos tiempo, no es un proceso rápido, es reaprender y buscar nuevas formas de estar en un estado más coherente con la presencia. En este proceso se revelan los relatos que encuerpamos, los relatos que no han tenido la posibilidad de descanso, de cambio, de transformación y de duelo. ¿Cómo puedo ampliar mi comodidad? ¿Qué está necesitando transformación? ¿Qué está necesitando descanso? ¿Qué apoyos puedo reconocer?

Prácticas y procesos sensibles al trauma

Entendemos el trauma y los síntomas traumáticos no como el evento detonante, si no como el residuo de energía congelada o energía que no se ha descargado, organiza el sistema nervioso de tal forma que afecta la manera en que nos vinculamos con el mundo, vínculos humanos e incluso nuestro espíritu (cfr. Levine, 2022). De esta manera, encontramos síntomas que implican una organización interna en estado de sobrevivencia del sistema nervioso y endocrino, que está constantemente en alerta. Esto implica que creamos patrones de pensamientos, creencias y vínculos que nos mantienen en un estado de sufrimiento. Reconocer esta experiencia interna implica reconocer que “el trauma es un hecho omnipresente en la vida moderna” (Levine, 2022: 27), es decir, es una experiencia que está presente en nuestra sociedad.

Es por ello que creemos necesario crear y ofrecer vivencias que sean sensibles a esta forma de organización interna. Peter Levine refiere que “curar el trauma requiere una experiencia directa del organismo que vive, siente y conoce” (Levine, 2022: 14). En consecuencia, las prácticas somáticas podrían apoyar los procesos de reorganización, hacia la modulación del sistema nervioso, permitiendo descargar y movilizar la energía contenida en el cuerpo, respetando el ritmo que puede sostener el organismo.

Sistematización metodológica

“La correulación es natural. Así estamos hechos. La autorregulación no es natural y requiere mucho más esfuerzo. Hace que la persona se aisle más, lo que agrava todo el ciclo de sentirse perdidos los unos a los otros”

Bonnie Badenoch

Las prácticas somáticas y ecosomáticas que compartimos están enmarcadas en las metodologías que nutren nuestra investigación y formación, en las escuelas de *Body Mind Movement* creada por Mark Taylor y *Vivencia Ecosomática* creada por Adriana Ordóñez Ortiz. Estas experiencias se enmarcan en la investigación “Procesos de (des)farmaceuticalización de la vida: Itinerarios terapéuticos y corporales de mujeres en medio de la expropiación capitalista extractiva en Chile”, con código INGE-2024-12, financiada por el Proyecto Innovación en Educación Superior InES “Conocimiento + Género Universidad Austral de Chile (UACH)” / INGE220001 / Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID), revisada y aprobada por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Los Ríos, Chile, con resolución N°316 del 16.10.2025. Desde este marco investigativo se busca explorar y analizar cómo

los aspectos biográficos y contextuales influyen en la experiencia corporal y simbólica de mujeres viviendo en territorios extractivos en el sur de Chile, así como describir y problematizar sus itinerarios asistenciales y terapéuticos, desde los marcos teóricos de la medicalización/farmacéutización de la vida, la determinación socioambiental de los procesos de salud y enfermedad, y el diálogo con diversos autorxs y colectivxs. En este sentido, quisimos en este proyecto proponer/explorar distintas posibilidades de (re) encuentro personal y colectivo a través de prácticas que nos invitan al juego, a re-tramar nuestras historias y a sanar, como lo fueron sesiones de biodanza, teatro espontáneo, mapeos de cuerpo territorio, arte textil y prácticas somáticas y eco somáticas, de las cuales serán estas últimas las que detallaremos en este artículo.

En este proceso pudimos acompañar a ocho mujeres de entre 38 y 63 años que forman parte de la Agrupación Fibromialgia Los Ríos Valdivia. Todas ellas presentan ingresos socioeconómicos bajo el salario mínimo, provenientes de pensiones de salud y trabajo independiente. Son usuarias del sistema público de salud, así como de la consulta médica privada y sistemas de salud alternativos, en busca de alivio a sus malestares.

Nuestra invitación fue explorar la sabiduría de nuestros fluidos, del tejido conectivo y el sistema nervioso atravesado por el reconocimiento de refugios vinculares ecosistémicos, que también habitan en nuestro interior, en la historia evolutiva de nuestras células y en nuestro entorno. Nos encontramos en cuatro sesiones de prácticas somáticas, cada sesión traía propuestas desde la vivencia del auto tacto, tacto en parejas o grupales, imágenes para evocar sensaciones relacionadas al tejido que exploramos, movimiento y prácticas de

integración a través del arte y movimiento. Estas prácticas permiten integrar las vivencias a través de un lenguaje afectivo, donde el mundo interno de las mujeres encuentra maneras de ser expresado, es por ello que utilizamos escritura creativa, flujo de consciencia y dibujo libre asociado a un mapeo corporal.

Para nosotras, este proceso se basó en ser testigo y acompañante, participando y observando cómo cada cuerpo, cada historia encarnada iba develando necesidades, sensaciones, capa por capa, tejido por tejido. Iban dejándose guiar por nosotras, por ellas mismas, y así también por el grupo que contenía. El proceso que transmitiremos a continuación, está ordenado en base a los distintos territorios internos-externos que propusimos explorar. De esta manera compartiremos algunas de estas develaciones que fuimos recogiendo tanto en sus relatos hablados, en las experiencias de integración a través de arte y movimiento, como también en nuestras percepciones que fueron testigo de sus procesos.

Iniciar reconociendo los refugios: cuerpo-cuenca para bienvenir la práctica

Iniciamos cada sesión con un círculo de la palabra donde, de manera recurrente, emerge la insatisfacción por un proceso diagnóstico/terapéutico discontinuo, con experiencias de iatrogenia, desatención o invalidación que puede tomar meses o años, las cuales están caracterizados por la visita a diversos médicos/as, y realización de exámenes, viviendo un estado de incertidumbre y confusión prolongado. A esto se le suman las dificultades que las participantes han experimentado en términos sociales, familiares y laborales, refiriendo que los síntomas son cuestionados por el contexto cercano. Las participantes describen vivir la me-

dicación como parte de un intento constante de “encontrar algo que funcione”, en medio de síntomas variables, diagnósticos inciertos y experimentación de efectos adversos. Por otra parte, la forma en que los profesionales validan, ajustan o descartan tratamientos influye decisivamente en la vivencia de la medicación. Existe para ellas un permanente sentimiento de frustración, desmotivación y cuestionamiento del rol de la farmacoterapia en la vida diaria debido a una narrativa común de falta de efectividad. Frente a ello, algunas han redefinido su relación con los medicamentos como un proceso de agencia propia, no solo de obediencia médica.

Al iniciar cada una de las prácticas realizamos un proceso que llamamos centramiento o ida al cuerpo, el cual tiene como propósito habilitar nuestra percepción desde el cuerpo y desde la presencia. La invitación parte reconociendo nuestro diálogo con la gravedad, sintiendo el peso de nuestro cuerpo, los puntos de apoyo que hacen contacto con la superficie, como nuestros cuerpos son sostenidos y recibidos por la tierra y por el territorio que habitamos. Tomamos conciencia de nuestra presencia y del lugar en el que nos encontramos, en nuestro caso en un salón, en la ribera de río, cerca de la Cordillera de la Costa y rodeadas de humedales. Ser y percibirse en un espacio y tiempo definido.

Luego invitamos a realizar un escaneo interno percibiendo cuáles son las zonas cómodas en mi cuerpo: ¿Donde se siente comodidad? ¿Cómo percibo la comodidad, tiene forma, sensación, textura?. Y también, invitamos a registrar otras sensaciones, proponer un diálogo sincero que reconozca que puede haber incomodidad, incluso dolor. Recordamos de manera amorosa que no hay respuestas, ni sensaciones correctas y que es

una exploración para ir ampliando nuestra capacidad de percibir corporalmente e indagar en lo que se conoce como sensación sentida o percepción sensible.

Este momento también es clave para proponer a las mujeres escuchar atentamente las necesidades de su cuerpo y que lo que ellas sientan que necesitan durante la práctica es lo más importante: tomarse una pausa, descansar, tomar asiento, hidratarse. Algo tan sutil como atender nuestra necesidad se torna clave en el encuadre somático y eco somático sensible al trauma y hace posible el ejercicio de la autonomía y la soberanía desde un proceso de encuerpamiento.



Este primer momento habilita un cuerpo contenedor amplio y nutre nuestro eje hormonal oxitocina-serotonina el cual es clave en el balance de nuestro sistema nervioso y sus procesos de correulación. Nos trae al presente, al vínculo comunitario, a la mirada mamífera y a la memoria profunda y sabia de nuestros cuerpos.

Memoria celular

Sentir la sabiduría de la célula, sentir lo que es ser célula, en colectivo. En esta práctica, todas

conformamos la membrana celular, una doble membrana, en donde una de nosotras mira hacia dentro y otra hacia afuera, apoyadas espalda con espalda. Así conformamos en forma de círculo la membrana y el espacio interno de la célula. En este lugar de apoyo mutuo, comenzamos a sentir como nuestra respiración se transforma en la respiración celular, desde una imaginaria. Reconociendo que la célula está contenida por líquido externo e interno, comenzamos a sentir cómo es estar contenida en un océano, el océano celular. Y este océano tiene ritmo en su respiración, así comenzamos a reconocer el momento de condensación en la respiración celular, como también el de expansión. Esto comenzó a posibilitar movimientos en las mujeres en relación con la invitación de los ritmos de la respiración celular.

Durante la vivencia de esta práctica recopilamos tanto percepciones de las mujeres participantes, como de nosotras, quienes somos la mirada testigo que se afecta con lo que aparece. Proponemos un lenguaje sensible con la experiencia:

Explorar lo que está escondido
Damos atención al cuerpo, y
se disuelven los dolores
también al darle atención,
Se registran nuevos dolores y cansancio.



El cuidado registrado, es el cuidado hacia otros
¿Cómo reconozco mi límite? ¿Hasta cuando puedo hacer?

relatos de dolores

relatos de fuerza, de no ser o parecer “vulnerable”

¿Cómo otorgamos lugares seguros para que esa vulnerabilidad pueda aparecer?

Voces de las mujeres participantes:

“Lo interior de una no se conoce”

“Sentir el calor del cuerpo de mi compañera, me trajo una calma que no había sentido”

“No quería salir del contacto con la espalda”

Diafragmas y pulsos oceánicos



Exploramos los diafragmas de nuestro cuerpo, los cuales son estructuras miofaciales que desde un punto de vista anatómico se encuentran en posición horizontal (cfr. Bordoni, 2020). Exploramos el *tentorium*, el paladar blando, la cintura escapular, el diafragma respiratorio, la pelvis, y los pies. A partir de imágenes y videos de medusas

en el océano, como referencia del movimiento de pulsación que habita en nuestras células y tejidos, comenzamos a llevar ese movimiento a nuestras manos. Luego a partir de la invitación de autotacto fuimos reconociendo los bordes de los diafragmas, acompañando con un relato que invitaba a imaginar estos lugares internos como lugares donde los órganos pueden descansar y ceder su peso. Los diafragmas representan un lugar de transición entre espacios internos, membranas pulsátiles que conectan, como también, tierra de descanso interno.

Tejido conectivo

Práctica que propusimos para reconocer una de las formas que tiene el tejido conectivo en nuestro cuerpo: la fascia. Red que envuelve y conecta nuestros órganos, huesos y nervios. Esta red contiene una alta densidad de terminaciones sensoriales, actuando como una interfaz entre el cuerpo y el sistema nervioso. Propusimos trabajar en grupos y utilizar rebozos y mantas para traer la cualidad de esta red que nos envuelve con suavidad y que también nos proporciona soporte y contención.

La invitación fue a explorar en tríos y parejas. Una mujer es envuelta por las telas desde la cabeza a los pies y las otras acompañan haciendo pequeños movimientos con las telas, lo cual permite movilizar sutilmente nuestra fascia, descomprimirla, apoyando el balance de nuestro eje neuroendocrino, como también, la posibilidad de reconocer otros tonos, ritmos y formas de ser acariciadas.

Lo que develó esta práctica:
Experiencia de manta contenedora:

“Sentía que estaba flotando, no quería salir de ese estado”

“Sentí que una gota que empezaba a caer desde mi hombro caía lentamente hacia mi rodilla, que son los lugares que más me duelen. Me alivió”

“Al principio fue incómodo, no sabía lo que estaba sintiendo con mi compañera tocándome”

Incomodidad al recibir

Tactos sutiles despiertan nuevos registros

En general no se habita el lugar de recibir

Siempre dar y estar para otr*s

Pero ¿Quién abraza?

Tejido Conectivo

Fascia - Telas

Nos trae las memorias del cuerpo



¿Cuántas de nuestras memorias están contenidas/ registradas en nuestra fascia?

Memoria mamá

Memoria gestacional

Memoria de mis enfermedades

Memorias de mi gestión ante la vida, a lo que nos mueve y conmueve

Prácticas para la
Seguridad - Protección - Comodidad
“Sentí el abrazo de mi mamá”

Aparece el lugar - la memoria donde me he sentido segura y protegida

Sistema nervioso central y periférico

El sistema nervioso tiene diferentes formas de ser clasificado para ser mirado, entendido. En esta experiencia invitamos a reconocer las estructuras anatómicas del sistema nervioso central (SNC), y su diferencia con el sistema nervioso periférico (nervios periféricos), esto desde las sensaciones que emergen al ser nombrados, reconocidos. Iniciamos en pareja, una sentada recibiendo el tacto de otra compañera. Así, la compañera que fue acompañada desde el tacto fue reconociendo el cráneo como contenedor del encéfalo. A partir de este tacto que fue contenedor las mujeres fueron invitadas a ceder su peso del cerebro craneal hacia las manos de sus compañeras.

Luego el tacto fue bajando por la columna vertebral, reconociendo el espacio que contiene la médula, parte del SNC. Desde la médula, comenzamos a acompañar con relatos de imaginación que nombraban el nacimiento de los nervios desde la médula, con la metáfora de ríos subterráneos que viajan hacia las distintas extremidades. Ahora el tacto, se volvía más suave y superficial, lo que invitaba a reconocer las corrientes de estos ríos, el flujo que despertaban. A partir de esta experiencia se invitó a iniciar movimientos que surgieran de estos impulsos de corrientes.

En esta experiencia iniciamos con la pregunta: ¿Qué es para ustedes el sistema nervioso?

Las mujeres nombraron:

Ramificación

Enojo

Sistema Central

Emoción



Luego de la vivencia...

Dolor

Tranquilidad

Árbol caído

Cansancio

Tocarme con otros tonos

Sentir corrientes internas

Luego de una experiencia cotidiana de desorientación, *“siento que recién vuelvo al cuerpo”*.

Aparece una pregunta, ¿Cuánto entrego y cuánto recibo?: *“No acostumbro a recibir”*.

Testimonios sobre lo que implica vivir con dolor, transformarnos,

ya no poder hacer lo mismo

¿Fallamos?

Recibir la incompreensión

Lo difícil de aceptar que no puedo hacer y que tengo que recibir

Podemos recibir.

Nuestros tres cerebros: cerebro craneal, cardíaco y entérico.

Compartimos sobre el entramado de los tres cerebros que componen nuestro Sistema Nervioso: cerebro craneal, cerebro corazón y cerebro entérico. Propusimos iniciar el recorrido en parejas para explorar nuestro cerebro craneal, su conexión y ramificación hacia nuestro sistema central y periférico para lo cual ofrecimos la metáfora de los ríos internos.

Luego, y continuando en parejas realizamos un reconocimiento del cerebro corazón, para este propusimos el recurso del tacto, en el cual una mujer realizó con sus manos un reconocimiento de la estructura ósea y muscular que es contenedora del corazón mientras otra mujer recibe este tacto y percibe las cualidades de este cerebro. Además, acompañamos con una imaginiería, proponiendo la observación de los movimientos del corazón y reconociendo los soportes internos que éste tiene: los pulmones, el diafragma, la zona posterior. Por último, invitamos a partir de preguntas a reconocer los mensajes que éste procesa y comunica al resto del organismo. ¿Qué es lo que me apasiona?, ¿En qué espacios siento resonancia con mi interior?, ¿En qué espacios siento disonancia?

Por último, y de manera individual exploramos nuestro sistema entérico, para ello realizamos una imaginiería y descripción de la ruta: boca, esófago, estómago e intestinos, invitando a percibir y recordar cuáles son los alimentos, vínculos y espacios que nos nutren y nos producen saciedad, además de, conectar con esa cualidad de certeza que nos proporciona nuestra entraña, siendo un cerebro que asimila nutrientes y que también nos informa sobre lo seguro y lo desafiante, a través de la percepción de nuestro interno y entorno, y

en conjunto con la totalidad de nuestro sistema nervioso.

Cuando se invita al movimiento: ¿Cómo se observa el movimiento interno? ¿Cómo se da lugar a ese movimiento que aparentemente no se ve?



Tocar el corazón

“Aprender que mi cuerpo es querible”

Cerebro corazón y cerebro entraña:

“Me quedaría eternamente en ese lugar”

“No había visto de esa manera mi interior, me dan ganas de cuidarlo”

Sonrisas, Descanso, Menos alerta

Reflexiones desde lo vivido

A modo de reflexionar desde y con el cuerpo

Desde la primera sesión que nos abrimos a la escucha de las mujeres que se dispusieron a participar de estos encuentros, surge en nosotras el gesto de atención-atender hacia lo que ellas traían. Una de esas dimensiones, son los relatos con las que ellas se presentaron, contándonos-se cómo ellas han llegado a estar donde están, qué explicaciones se dan, dando cuenta, también de la experiencia de cómo ellas viven con esta condición de salud.

En estos relatos surgieron historias vitales marcadas por duelos, algunas con historias de exposición a violencia, otras que en un inicio decían que en su vida estaba todo bien haciendo su familia y relatos sobre cambios y lo desafiante que es aceptar recibir ayuda. Surgió en ellas un relato en común, la relación que comenzaron a desarrollar con el dolor en el proceso diagnóstico y luego de éste, conocieron un dolor que les *“dejaba tirada en la cama”*, para todas significó muchos cambios en sus vidas, y uno de los ecos que ha traído es la *lucha* que hacen día a día para sobrellevarlo, para que no les deje en cama, cada una con estrategias distintas.

Esta relación con el dolor, desde una posición interna que lucha contra él, nos develó uno de los lugares desde el cual se relacionan con su cuerpo en el presente. Ellas saben exactamente los lugares dolientes, cuando cambia, cuando se mueve, cuando baja o sube de intensidad. Reconocer esta forma de relacionarse fue relevante para nosotras, nos preguntamos ¿Por dónde partimos? ¿Cómo acompañamos a las mujeres que en el presente se relacionan con dolor?

Las propuestas de sesiones somáticas y eco somáticas que describimos anteriormente estuvieron al servicio de las experiencias de las mujeres. Una de ellas, donde se evidenció una entrega muy clara por parte de las mujeres fue la práctica de tejido conectivo y fascia. La tela que envolvía a las mujeres, al representar la fascia como tejido que contiene, ofreció la experiencia de ser contenidas suavemente, e incluso preguntarse ¿Cómo necesito ser contenida ahora?, en un ejercicio de observar desde la curiosidad cuáles eran sus necesidades. A partir de esta experiencia, algunas de las mujeres refirieron *“nunca pensé que podría sentirme así”*, *“sentí alivio”*, *“era como estar flotando, me gustaría quedarme aquí para*

siempre”. Evidenciando la cualidad de este tejido que es un puente conector con el sistema nervioso autónomo y SNC, posibilitando nuevas sensaciones, la vivencia de la comodidad, generando mayor espacio interno para ellas, reconociendo cómo es percibir la comodidad.

Por otro lado, se fueron develando relatos asociados a cómo las mujeres se identifican, cómo han construido identidades que se han vuelto rígidas, o que parecen serlo. Una de ellas guarda relación con el estar disponible siempre para otros y otras, por ejemplo hijas, hijos, esposos, y otros vínculos amistosos y laborales, es decir en diversas dimensiones vinculares. Esta conciencia surgió en prácticas de tacto con otras compañeras, donde refirieron *“es que una nunca es la que recibe”*, *“a una no la andan abrazando, ni haciendo cariño”*, *“al principio fue incómodo, pero después me fui entregando”*. Como también, en los relatos que hacían referencia a cómo han vivenciado los cambios que ha implicado vivir con fibromialgia *“... me ha costado aceptar que tengo que pedir ayuda, ahora me ofrecen hasta pa’ llevar una bebida de la cocina a la mesa, pero yo estoy acostumbrada a hacer todo...”*

Así, visualizamos que las prácticas eco somáticas que proponen tacto entre humanas, abren informaciones que guardan los tejidos, las células. El tacto que acompaña devuelve la mirada testigo, que quizás no estuvo presente antes, una mirada que acompaña y puede contener procesos difíciles de nombrar, procesos que están congelados en el cuerpo y que ofrecen espacio, tiempo y presencia para completar lo necesario.

Los recuerdos emergen cuando hay espacio y confianza para comunicarlos, un cuerpo contenedor/cuenco. Al despertar nuestros recursos fisiológicos y profundizar en la sensación sentida estamos

ampliando nuestra capacidad de afrontar nuestras emociones y por ende memorias traumáticas. Reconocemos que “la sensación corporal, en vez de la emoción intensa, es la clave para superar el trauma” (Levine, 2022 p.19). Entonces no buscamos profundizar en una narrativa sobre nuestros eventos traumáticos, sino que invitamos a reconocer la seguridad en el cuerpo, percibir la seguridad que otorga el espacio compartido y cocreado en comunidad, y desde ahí, según la ventana de tolerancia de cada persona, bienvenidos los recuerdos o entendimientos que pueden ser compartidos desde la tranquilidad, la contención y no desde la catarsis, lo cual podría resultar re traumatizante.

Para superar el trauma necesitamos una calma, una seguridad y una protección similar a la que las manos del niño ofrecen al pájaro. Necesitamos el apoyo de amigos y conocidos, así como el de la naturaleza. Con este apoyo y estos vínculos podremos empezar a confiar y hacer honor a los procesos naturales que nos llevarán a la realización y a la plenitud (...) (Levine, 2022: 43).

Desde estas prácticas y experiencia compartida observamos que aquello que se revela son por un lado las improntas, las heridas, los traumas, que están en el cuerpo, pero por otro lado, es donde habita la potencia de la somática ofreciendo la posibilidad de renegociar con nuestro sistema neuroendocrino, el cual va revelando su posibilidad de confiar, de cocrear seguridad, de ampliar las posibilidades de sentir y percibir, de habitarlos. Al abrir estas nuevas rutas internas es que nuestro *ser* también va sanando.

El cuerpo no busca volver a una norma, sino inventar nuevas formas de habitar, de sostenerse en comunidad, de reconciliarse con sus límites. Desde aquí, la enfermedad y el dolor no

son opuestos a la vida, sino parte del ciclo vital que pide escucha y cuidado. “¿Cuán posible es lo mágico para la regeneración?” Una pregunta que emerge de la práctica y que abre una vía de pensamiento político y afectivo. Lo mágico no es evasión, sino una forma de reapropiarse del misterio, de restituir el valor de lo invisible, de lo que la modernidad ha negado como irracional.

Regenerar, en este contexto, significa volver a enlazarnos con la trama que sostiene la vida. Es desrigidizarnos, permitir el flujo de las aguas internas, dejar que los tejidos respiren y que la vulnerabilidad se vuelva fuente de poder. Nosotras nos regeneramos cuando nos permitimos sentir, cuando escribimos, cuando descansamos *juntas*.

Estos relatos encarnan una epistemología situada desde el auto y mutuo cuidado que desborda el ámbito individual y clínico para proponerse como ética comunitaria y política de la vida. En ellos, el cuerpo se revela como archivo, como territorio, como membrana entre la memoria y la posibilidad.

Nosotras aprendemos que autocuidarnos es cuidar lo común, que el sistema nervioso también puede ser un territorio de ternura, y que la magia –lejos de la fantasía– es una forma de conocimiento ancestral que devuelve sentido a lo que habita en la sombra. Desde la incomodidad inicial hasta la calma del contacto, desde el dolor hasta la sonrisa que aparece, se traza una pedagogía silenciosa: la de volver a habitar el cuerpo como casa, y a la comunidad como tejido de sostén.

Desde una lectura situada, la práctica eco somática puede comprenderse como un dispositivo de exploración corporal que, en lugar de interpretar la experiencia, la acompaña en su devenir, favoreciendo formas de atención que permiten al

cuerpo aprender a percibir y responder a lo que le afecta (cfr. Despret, 2014, 2018). En diálogo con Vinciane Despret, estos itinerarios se configuran como procesos de aprendizaje afectivo, donde el cuerpo amplía su capacidad de ser afectado por otros cuerpos, entornos y materialidades, desplazando una concepción representacional del conocimiento hacia una relacional y situada (cfr. Despret, 2004; Haraway, 1988). Lejos de una lógica extractiva del ser, saber y sentir, la experiencia corporal se cuida en su emergencia, produciendo formas singulares de sentido que no responden a trayectorias lineales ni a modelos normativos de sanación, sino a prácticas que hacen existir modos específicos de experiencia y cuidado (cfr. Despret, 2018; Mol, 2002). Se hace imperativo entonces explorar itinerarios corporales desde una ética del cuidado que reconoce la agencia del otro y transforma simultáneamente a quien conoce y a quien es conocido.

Habitar la fibromialgia como enfermedad disputada

Desde la fenomenología crítica, vivir con fibromialgia se comprende como una alteración del estar-en-el-mundo, donde el dolor crónico reorganiza la temporalidad, la percepción del cuerpo y la relación con el entorno (cfr. Carel, 2016). A diferencia de aproximaciones biomédicas centradas en síntomas aislados, estos estudios muestran que el dolor es una experiencia existencial, inseparable de la biografía, el contexto social y las condiciones materiales de vida.

La investigación con perspectiva de género ha evidenciado que esta experiencia está además moralmente evaluada: los cuerpos –mayoritariamente feminizados– con fibromialgia son leídos como exagerados, frágiles o poco creíbles, produciendo lo que se ha denominado injusticia epis-

témica en salud (cfr. Werner y Malterud, 2003; Carel y Kidd, 2014).

Los hallazgos de esta investigación permiten profundizar la comprensión de la medicalización y la farmacéuticalización a partir del análisis de las trayectorias asistenciales de mujeres que viven con fibromialgia, evidenciando que estos procesos no operan de manera lineal ni homogénea, sino que se configuran como dinámicas tensionadas, incompletas y situadas.

Las narrativas de las participantes ponen de relieve que la fibromialgia se constituye como una condición paradigmática de incertidumbre biomédica, caracterizada por trayectorias diagnósticas prolongadas, múltiples derivaciones y experiencias reiteradas de deslegitimación del dolor. Este hallazgo coincide con estudios que documentan que las personas con fibromialgia enfrentan largos períodos de búsqueda de diagnóstico y validación, en contextos donde su sufrimiento es frecuentemente cuestionado o psicologizado (cfr. Briones-Vozmediano et al., 2013; Sallinen et al., 2012).

Desde una perspectiva crítica, esto tensiona la noción clásica de medicalización como expansión automática del control biomédico (cfr. Conrad, 2007), mostrando que, en ciertos casos, el problema no es la sobremedicalización inicial, sino más bien la falta de reconocimiento médico, seguida posteriormente por una incorporación parcial y ambivalente al sistema sanitario. En este sentido, el diagnóstico de fibromialgia opera simultáneamente como un dispositivo de medicalización y como una herramienta de legitimación del sufrimiento, en línea con lo planteado por Barker (cfr. 2005).

Los itinerarios terapéuticos reconstruidos en este estudio evidencian que las mujeres no se limitan al modelo biomédico, sino que despliegan estrategias de cuidado que articulan múltiples racionalidades. Este hallazgo es consistente con la literatura sobre itinerarios terapéuticos en América Latina, que destaca la coexistencia de diversos sistemas de atención y la agencia de los sujetos en la gestión de su salud (cfr. Menéndez, 2003; Kleinman, 1980).

En el caso específico de la fibromialgia, diversos estudios han documentado el uso combinado de tratamientos farmacológicos, terapias complementarias y prácticas corporales, configurando lo que algunos autores denominan “estrategias de autoatención compleja” (cfr. Arnold et. al., 2016; Häuser et. al., 2015). Estos itinerarios no solo responden a la insuficiencia del abordaje biomédico, sino que también pueden ser leídos como formas de búsqueda activa de sentido y alivio, desbordando los marcos estrictamente clínicos.

Las observaciones realizadas permiten problematizar la farmacuticalización del malestar en el contexto del dolor crónico. Si bien se observa un uso extendido de psicofármacos y analgésicos —incluyendo antidepresivos, anticonvulsivantes y opioides débiles—, los relatos de las participantes dan cuenta de una relación ambivalente con estos tratamientos, marcada por la percepción de eficacia limitada, efectos adversos y discontinuidad terapéutica.

Este hallazgo dialoga con la literatura que señala que la fibromialgia constituye un caso donde la farmacuticalización presenta rendimientos terapéuticos acotados, lo que cuestiona la promesa de los fármacos como solución central al sufrimiento (cfr. Williams et. al., 2011; Bellato et. al., 2012). En este sentido, la experiencia empírica muestra

que la farmacoterapia no logra estabilizar completamente el malestar, lo que abre espacio para la exploración de alternativas.

Las experiencias narradas evidencian que las mujeres desarrollan un rol activo en la gestión de su condición, ajustando tratamientos, combinando terapias y produciendo saberes situados sobre su cuerpo. Este proceso puede ser interpretado, desde una perspectiva foucaultiana, como una forma de subjetivación en el marco de la gubernamentalidad contemporánea (cfr. Foucault, 2007; Rose, 2007), donde los individuos asumen la responsabilidad de su propio cuidado.

No obstante, los resultados sugieren que esta autogestión no puede ser reducida únicamente a una lógica neoliberal de responsabilización individual, sino que también debe ser comprendida como una estrategia de supervivencia frente a la insuficiencia del sistema de salud, especialmente en condiciones de alta incertidumbre clínica como la fibromialgia.

Por otra parte, emerge el papel central del género en la configuración de estas experiencias. La deslegitimación del dolor, la atribución a causas emocionales y la naturalización del sufrimiento femenino aparecen como elementos recurrentes en las trayectorias asistenciales, en línea con estudios que han documentado sesgos de género en el diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia (cfr. Briones-Vozmediano et. al., 2018; Samulowitz et. al., 2018).

Desde los feminismos críticos, estos hallazgos pueden ser leídos como expresión de procesos históricos de medicalización de lo femenino, donde el cuerpo de las mujeres ha sido objeto de regulación, patologización y control (cfr. Ussher, 2011). Sin embargo, en el caso de la fibromialgia,

este proceso adopta una forma particular, caracterizada por un doble movimiento: invisibilización inicial del malestar y posterior patologización parcial, lo que complejiza las lecturas tradicionales de la medicalización.

Asimismo, el análisis interseccional permite observar que los itinerarios terapéuticos no son homogéneos, sino que están profundamente condicionados por factores como el acceso a recursos, el tipo de sistema de salud y el territorio. Tal como señalan estudios en contextos latinoamericanos, las posibilidades de acceder a terapias complementarias o enfoques integrales están desigualmente distribuidas, lo que reproduce inequidades en salud.

Finalmente, desde una perspectiva decolonial, los itinerarios terapéuticos pueden ser interpretados no solo como respuestas adaptativas, sino también como espacios de producción de saberes y prácticas alternativas de cuidado. En este sentido, las mujeres no solo resisten la medicalización, sino que también configuran formas de “re-existencia” (cfr. Espinosa, 2014), en las que el cuerpo deja de ser únicamente un objeto de intervención médica para convertirse en un territorio de conocimiento y resignificación.

En conjunto, los hallazgos permiten sostener que vivir con fibromialgia visibiliza los límites del modelo biomédico y de la farmacéuticización como respuestas privilegiadas al malestar. Los itinerarios terapéuticos muestran que, lejos de ser pasivas, las mujeres desarrollan agencias situadas, negociando, resistiendo y recreando formas de cuidado en contextos de incertidumbre.

De este modo, la medicalización y la farmacéuticización no pueden ser comprendidas como procesos totalizantes, sino como dinámicas en

disputa, particularmente evidentes en condiciones como la fibromialgia, donde el dolor desafía las categorías biomédicas y obliga a repensar las formas de nombrar, tratar y acompañar el sufrimiento.

Conclusiones

Las sesiones permitieron acercarse a la fibromialgia como una experiencia vivida que se inscribe en el cuerpo, en la biografía y en las formas cotidianas de sostener la vida bajo condiciones de dolor persistente e incertidumbre.

En los relatos de las mujeres participantes emergieron trayectorias marcadas por quiebres, duelos y sobrecarga de cuidados, donde el cuerpo aparece no solo como lugar de sufrimiento, sino también como espacio de escucha fina de sus propias variaciones, límites y posibilidades.

Desde una perspectiva crítica en salud latinoamericana, estas experiencias evidencian cómo el padecimiento se produce y se distribuye socialmente, atravesado por desigualdades de género, credibilidad clínica y acceso diferenciado a formas de atención y reconocimiento.

En paralelo, las prácticas corporales compartidas abrieron situaciones de contención y exploración donde el tacto, la presencia y la atención sostenida permitieron que el cuerpo dejara de ser únicamente objeto de intervención para convertirse en un territorio sensible de aprendizaje y relación.

En esos momentos, el sentir no se redujo a la expresión del dolor, sino que se amplió hacia nuevas formas de percepción, donde la seguridad, la confianza y el vínculo con otras hicieron posible reconfigurar la experiencia corporal en tiempo presente.

Así, estas vivencias muestran que el cuidado no solo acompaña el sufrimiento, sino que también produce condiciones para que el cuerpo pueda ensayar otras maneras de habitar, más abiertas, relacionales y menos capturadas por las definiciones fijas del dolor.

Agradecimientos

Queremos agradecer profundamente a cada una de las mujeres que forman parte de la Agrupación Fibromialgia Los Ríos Valdivia y que participaron de estos encuentros, por haber querido encarnar esta experiencia íntima de cuidado mutuo. Por abrir sus historias, sus cuerpos y sus palabras con generosidad y valentía. Nos enseñaron que el saber también nace de la experiencia vivida, del

sentir y del compartir en comunidad. Gracias por confiar, por sostenernos y por construir juntas espacios de cuidado y dignidad. Este proceso nos recordó que la justicia epistémica no es una idea abstracta, sino una práctica que se teje - y que esperamos continuar tejiendo - colectivamente.

También nuestra infinita gratitud a Jonathan Zúñiga Ortega por su registro fotográfico que ha sido parte de este proceso de creación compartido, posibilitando que la fotografía cumpla su rol de dispositivo de enunciación y visibilización, donde la imagen se vuelve voz, gesto y territorio simbólico. Cada fotografía es una voz que se visualiza, una memoria que se encarna y una manera de repolitizar la sensibilidad.

Referencias Bibliográficas

- ABLIN, J. (2024). "Nociplastic Pain: A Critical Paradigm for Multidisciplinary Recognition and Management". *Journal of Clinical Medicine*, 13(19), 5741. <https://doi.org/10.3390/jcm13195741>
- ABRAM, D. (2010). *Becoming animal: An earthly cosmology*. Pantheon Books, 22.
- AUXILIADORA, M. (2019). *Espacio somático: Cuerpos múltiples*. Ediciones Asimétricas, 9–11.
- BREILH, J. (2013). "La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)". *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Supl. 1), 13–27. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.16637>
- BRIONES-VOZMEDIANO, E., VIVES-CASES, C., RONDA-PÉREZ, E. y GIL-GONZÁLEZ, D. (2013). "Patients' and professionals' views on managing fibromyalgia". *Health Expectations*, 16(3), 273–282. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00724.x>
- BUSFIELD, J. (2017). "The concept of medicalisation reassessed". *Sociology of Health & Illness*, 39(5), 759–774. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12576>
- CAREL, H., KIDD, I. (2014). "Epistemic injustice in healthcare: A philosophical analysis". *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(4), 517–524. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9560-2>
- CAREL, H. (2016). *Phenomenology of illness*. Oxford University Press, 65–85.
- CLARKE, A. (2024). *Returning home to our bodies: Reimagining the relationship between our bodies and the world*. North Atlantic Books, 39–69.
- CONRAD, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press, 161–180.
- DESPRET, V. (2004). "The body we care for: Figures of anthropo-zoo-genesis". *Body & Society*, 10(2–

- 3), 111–134.
- DESPRET, V. (2018). ¿Qué dirían los animales si les hiciéramos las preguntas *correctas*?. *Cactus*, 9-20.
- DUMIT, J. (2012). *Drugs for life: How pharmaceutical companies define our health*. Duke University Press, 17-60.
- ESPINOSA-MIÑOSO, Y. (2014). “Una crítica descolonial a la epistemología feminista crítica”. *El Cotidiano*, (184), 7–12.
- ESTEBAN, M. (2006). “El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista”. *Salud colectiva*, 2, 9-20.
- ESTEBAN, M. (2004). *Antropología del cuerpo: Itinerarios corporales, identidad y cambio*. Bellaterra, 21-70.
- FRANK, A. (2013). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*. University of Chicago Press, 1-23.
- GOOD, B. (1994). *Medicine, rationality and experience: An anthropological perspective*. Cambridge University Press, 61-90.
- HARAWAY, D. (1988). “Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective”. *Feminist Studies*, 14(3), 575–599.
- HERSCH-MARTÍNEZ, P., SALAMANCA-GONZÁLEZ, M. (2022). “El cuidado y los procesos de atención-desatención como referentes analíticos y operativos para la salud colectiva”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 40(1), e345191. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e345191>
- JONES, E., ASAAD, F., PATEL, N., JAIN y E., ABD-ELSAYED, A. (2024). “Management of fibromyalgia: An update”. *Biomedicines*, 12(6), Article 1266. <https://doi.org/10.3390/biomedicines12061266>
- JURADO-PRIEGO, L. N., CUETO-UREÑA, C., RAMÍREZ-EXPÓSITO, M. J., MARTÍNEZ-MARTOS, J. M. (2024). “Fibromyalgia: A review of the pathophysiological mechanisms and multidisciplinary treatment strategies”. *Biomedicines*, 12(7), Article 1543. <https://doi.org/10.3390/biomedicines12071543>
- LAURELL, A. (1982). “La salud-enfermedad como proceso social”. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1), 7–25.
- LEVINE, P. (2022). *Curar el trauma: Descubre tu capacidad innata para superar experiencias negativas* (A. Rodríguez, Trad.). Eleftheria, 14-73.
- LEY N° 21.531. (2023). Ley de fibromialgia y dolores crónicos no oncológicos. Diario Oficial de la República de Chile.
- LUGONES, M. (2008). “Colonialidad y género”. *Tabula Rasa*, 9, 73–101.
- MENÉNDEZ, E. (2003). “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- MENÉNDEZ, E. (2009). “De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en salud”. *Salud Colectiva*, 5(3), 273–288. <https://doi.org/10.18294/sc.2009.238>
- MOL, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Duke University Press, 74-89.
- OYARCE, A., EGUIGUREN, P. y ÁLVAREZ, A. (2018). Trayectorias asistenciales: Una metodología cualitativa para el estudio de las redes integradas de salud. En *VI Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales (ELMeCS), 7–9 de noviembre de 2018, Cuenca, Ecuador*. Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas.
- PAROLI, M., GIOIA, C., ACCAPEZZATO, D., CACCAVALE, R. (2024). “Inflammation, autoimmunity, and infection in fibromyalgia: A narrative review”. *International Journal of Molecular Sciences*, 25(11), 5922. <https://doi.org/10.3390/ijms25115922>
- RAMÍREZ, V., ALFARO, J., TORRES FER, A., MARTÍNEZ, C., BUSTAMANTE, A. y SOTO, M.

- (2022). “Fibromialgia en Chile: revisión de la literatura y propuesta para una futura política pública en atención primaria de salud”. *ARS Medica: Revista de Ciencias Médicas*, 47(4), 69–80.
- SAMULOWITZ, A., GREMYR, I., ERIKSSON, E., HENSING, G. (2018). “Brave men” and “emotional women”: A theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain”. *BMC Medicine*, 16, Article 15. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1014-4>
- SILVA-CASTRO, M. (2015). “El dolor tratado con medicamentos: La experiencia farmacoterapéutica de los pacientes usuarios de analgésicos” (Trabajo de fin de máster, Universitat de Barcelona). *Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona*.
- SOMATIC MOVEMENT CENTER. (s. f.). ¿Qué es la somática? Recuperado el 17 de noviembre de 2025, de <https://somaticmovementcenter.com/history-of-somatics/?locale=es>
- USSHER, J. (2011). *The madness of women: Myth and experience*. Routledge, 185-210.
- WERNER, A., MALTERUD, K. (2003). “It is hard work behaving as a credible patient: Encounters between women with chronic pain and their doctors”. *Social Science & Medicine*, 57(8), 1409–1419. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00466-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00466-1)