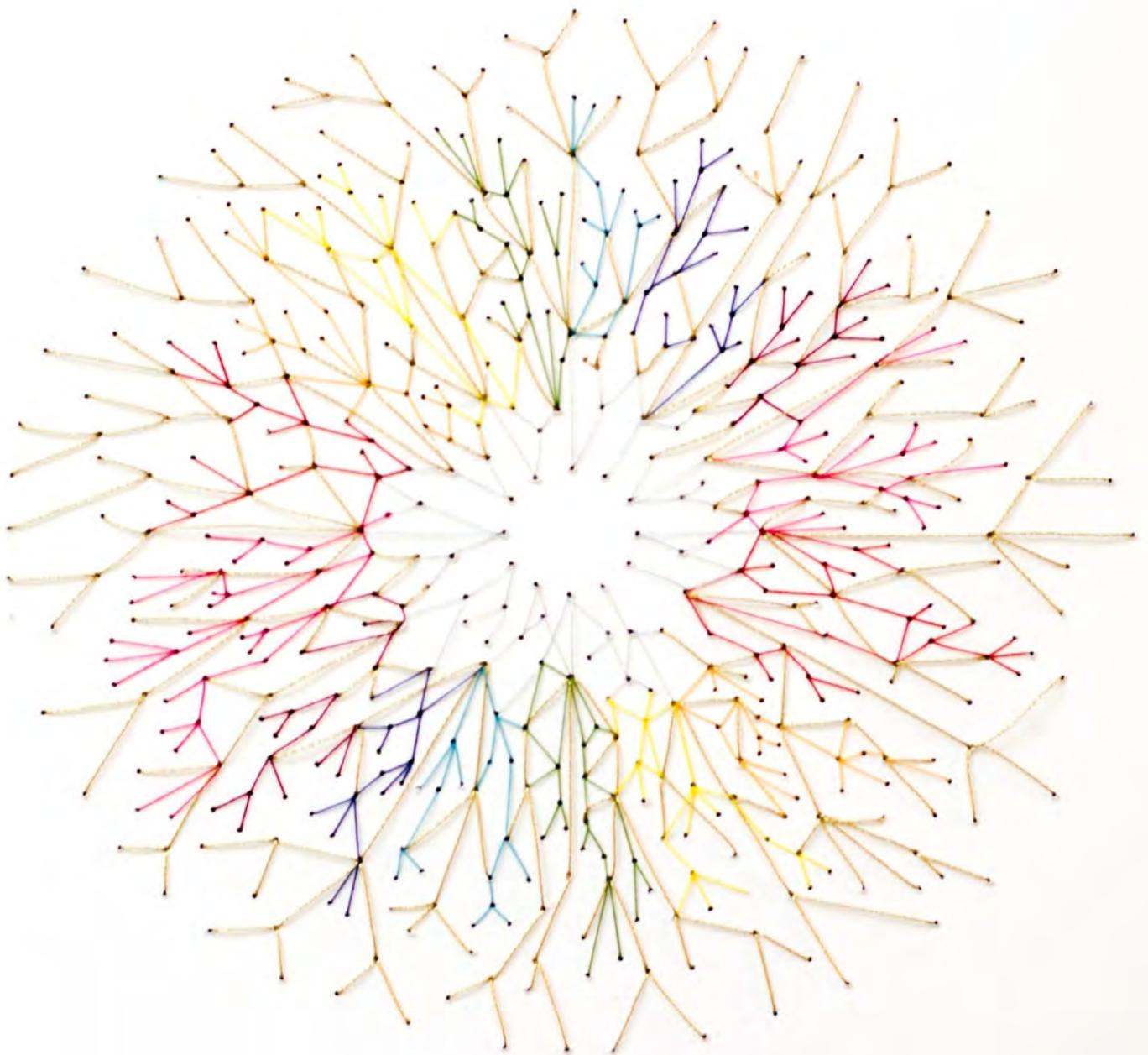


Vínculos

CUARTA ETAPA | Nº1 MARZO 2021.

REVISTA DE PSICODRAMA, TERAPIA FAMILIAR Y OTRAS TÉCNICAS GRUPALES.



2021 y El crecimiento rizomático.
Mila Vicente.



ITGP Instituto de Técnicas
de Grupo y Psicodrama.



Queridos Lectores,

Bienvenidos a una nueva etapa de la revista Vínculos. Arrancamos esta edición con muchas ganas e ilusión.

Continuamos el trabajo de nuestras compañeras, adentrándonos en una nueva escena: una aventura, una oportunidad de aprendizaje y de crecimiento a vuestro lado.

Os animamos a acompañarnos en este recorrido; a descubrir, sentir y disfrutar los distintos artículos, experiencias y testimonios que se recogen en este número.

En adelante, nos gustaría, poder contar con cada uno de vosotros para llenar de vida las páginas de Vínculos.

Os esperamos.

Pablo Población.
Director de la Revista.

Macarena Ramírez y Úrsula Viera.
Equipo Editorial.



ÍNDICE

Criterios para la publicación de artículos: **4**

El espacio de alumnos/Un valor perdido: **5**

Experiencia de trabajo grupal psicodramático desde terapia ocupacional en el centro de salud mental: grupo de mujeres. *Lorena Rodríguez Vázquez*: **10**

Hacia una clínica dramática. *María Cecilia Márquez Fernández de Ullivarri*: **20**

Tratamiento psicodramático en el trastorno borderline: *Ricardo López Mateos*: **34**

Invisibles/Crisálida: **47**

Retrato de Pablo: **53**



NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN:

Los trabajos se enviarán por correo electrónico a vinculos@itgp.org incluyendo los siguientes datos:

- Nombre y apellidos.
- Teléfono de contacto.
- Correo electrónico.

El Consejo Editorial de VINCULOS revisará todos los trabajos recibidos, con el fin de seleccionar aquellos textos que cuenten con el interés y rigor suficientes para ser incluidos en la publicación. No obstante, Vínculos no se hace responsable del contenido de los trabajos publicados.

El Consejo Editorial de VINCULOS contestará por correo electrónico, confirmando la aceptación o no de los trabajos recibidos, o indicando las sugerencias de edición oportunas.

REQUISITOS DE FORMATO:

- o Con el fin de poder adaptarnos a los distintos artículos, testimonios o experiencias de todas las personas, no se establecen criterios mínimos o máximos de extensión.
- o El Tipo de letra Times New Roman 12. Espaciado simple.
- o Si el artículo incluyera imágenes, éstas deben adjuntarse en formato de imagen (jpg, png,...). Os animamos a aportar algún documento gráfico.
- o El cuerpo del artículo debe contener al menos los siguientes apartados: 1.) Breve resumen, sobre el contenido del artículo. 2.) Palabras clave. 3.) Desarrollo del artículo. 4.) Bibliografía.
- o Sería deseable poder contar con una breve auto-presentación y una foto del autor o autora, que sirvan de cabecera de los trabajos, aunque no es imprescindible.
- o Recordamos que también se aceptan cuentos, poemas, fotografías u otras producciones artísticas.



El espacio de alumnos

“Sangre nueva, siempre creativa y original e incluso con el empuje transgresor del que piensa y escribe más allá de lo que dicen los maestros”.

En la dirección del ITGP se reciben con mucha frecuencia trabajos realizados por los alumnos, algunos de ellos de una gran riqueza teórica y práctica. Abrimos por ello en Vínculos un hueco para recibir con todos los honores, los trabajos de nuestros alumnos, sangre nueva, siempre creativa y original e incluso con el empuje transgresor del que piensa y escribe más allá de lo que dicen los “maestros”. Se trata de un material que no se puede dejar de lado y que abarca desde los comentarios sobre trabajos psicodramático hasta los primeros resultados de grupos de investigación de temas tales como neurociencia, olores y olfato en la relación terapéutica, la comunicación paraverbal, la comunicación oculta en la actividad delirante, el psicodrama aplicado en la pedagogía, etc. De todos estos temas esperamos las colaboraciones de las personas que están entregadas a ellos y de las que ya hemos recibido adelantos verbales.

Creemos de modo absoluto que los alumnos pueden ser nuestros maestros, de ellos aprendemos diariamente e impulsamos su producción.

Pablo Población.
Director del ITGP



Un valor perdido

Úrsula Viera Angulo.

En cualquier relación entre dos o más personas, existe un enriquecimiento mutuo. Como sabemos, esto ocurre incluso en la relación entre un recién nacido y sus progenitores. El bebé no es un ente pasivo, sino que estimula y modifica el comportamiento de sus padres. No se entienden pues, los unos sin los otros; tampoco existirían sus roles de padres y de hijos sin el tercer elemento que abarca a ambos, la relación que se establece entre ellos.

Traslademos lo dicho a la relación entre los enseñantes y los educandos, en mi opinión, en esta interrelación ha sido tradicionalmente negado el poder transformador del alumnado. Creo que no se han fomentado, al menos en las enseñanzas superiores, suficientes estrategias para favorecer una participación bidireccional.

El riesgo que corremos, es el de perder el valor que aportan las personas que, a pesar de su rol de estudiantes, se sientan en la clase con las mochilas cargadas de experiencias, conocimientos y capacidades. Todo ello disponible para entrar en interacción con el material nuevo y formar conexiones que trascienden los conocimientos que se les imparten.

No obstante, del otro lado, para los alumnos, no es una empresa fácil, siempre es más cómodo "no hacer", "no tomar responsabilidades" y seguir la corriente tal y cómo se presenta, sin cuestionarse demasiado las cosas.

Una transformación del modelo requiere de una implicación por ambas partes, de lo contrario nos vemos abocados a la repetición de la repetición, intentando comprender el mundo cambiante desde una postura estática.

De esta reflexión y de la invitación de Pablo surge la creación de un espacio de alumnos, no solo dentro de vínculos, sino como parte del ITGP.



En junio de 2020 nace en el ITGP el espacio de los alumnos/as.



Café Moreno, Nápoles. Borgy Gabrielli

Desayunos con
psicodrama:
El espacio de alumnos
se reúne un domingo
al mes, a las 10:00 de
la mañana.

espacioalumnos@itgp.org

TESTIMONIOS DE ALUMNOS:

"Escuché la llamada del ITGP para crear un grupo de alumnos, y presté atención. El planteamiento abierto y de encuentro me pareció estimulante. Todo por hacer, con algunas sugerencias de partida. Una oportunidad para poner en práctica la investigación y la libertad compartida.

En los primeros encuentros surgió el caos. El fantástico caos. Las ganas, las propuestas. Las dificultades. Pero quizás lo que me impulsó a continuar fue la apertura y la escucha. Las personas fascinantes y el impulso de hacer algo juntas. La confianza en los procesos que suceden desde la conciencia psicodramática. El potencial de la espontaneidad y el valor insustituible del grupo como matriz generadora de vida.

Y es que generar el encuentro desde una actitud psicodramática lleva implícita una escucha a la suma de verdades que traen los acontecimientos. Los años veinte. Los estimulantes años veinte... Vienen fuertes, con aires de cambio profundo. Este grupo, para mí, es la posibilidad de habitar un espacio de resistencia. Un espacio de cuidado. Un lugar desde el que seguir reinventándonos, transgrediendo los formatos para priorizar lo que está vivo."

Testimonio anónimo.

"Para mí el grupo, el espacio de alumnos, es un lugar de encuentro, de compartir y de estar a mi manera, como puedo en este momento. Desde su inicio ha dado bastante vueltas y cambios. Los primeros encuentros fueron para debatir y hablar sobre los temas que habíamos seleccionado. Esto nos llevó a un lugar compartido, en el que expresar cómo estamos o nos sentimos. Resonar desde distintos lugares. Hablamos de la situación, de la incertidumbre y de los cambios que nos hacen parar y reconectar. Hablamos de la vida, de otras realidades, otras miradas y otros lugares en los que también estar para poder comprender la vida"

Macarena Ramírez.



"La despensa poco a poco se va llenando con ricos alimentos, no tengo ni idea de qué cocinaremos pero tengo la sensación de que, sin duda, será algo sabroso".

"Hacer uso de ese nuestro espacio, y revolverlo todo, desordenarlo para volverlo a ordenar y para llenarlo de otras cosas, fue mágico para mí".

"Cuando se facilita un espacio que se vive como necesario, se trata de confiar, de fluir y de llenar ese espacio con un poco de cada uno de nosotros".

"El compartir era lo importante y, desde este lugar, surgen los encuentros, debates, proyectos y sinergias".

"Respirar el psicodrama, poder salir y entrar para ver, poder sentirlo, pero también verlo, jugarlo, manejarlo, encajar las miradas del otro"

Nota: Los fragmentos han sido extraídos de las actas elaboradas en el Espacio de los Alumnos.



EXPERIENCIA DE TRABAJO GRUPAL PSICODRAMÁTICO DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL: GRUPO DE MUJERES.

RESUMEN

En el presente artículo se trata de recoger la experiencia del trabajo grupal desde Terapia Ocupacional en un Centro de Salud Mental (CSM) utilizando el modelo psicodramático socio educativo, y centrándonos en uno de los grupos donde se ha implementado: el Grupo de Mujeres.

Desde la perspectiva que los problemas de salud mental vienen mediados por procesos interpersonales e interaccionales, el grupo ofrece una posibilidad y un espacio para el trabajo terapéutico, donde la clave de la recuperación no es la reducción de los síntomas sino que el funcionamiento global de la persona mejore.

Utilizar el psicodrama y sus técnicas como modelo terapéutico en personas que han convertido el cuerpo en espejo de su malestar es enormemente enriquecedor por todas las posibilidades terapéuticas que ofrece.

PALABRAS CLAVES

Centro de Salud Mental. Terapia Ocupacional. Grupo abierto. Psicodrama Socioeducativo.



Lorena Rodríguez Vázquez

Terapeuta Ocupacional en el Centro de Salud Mental de Alcobendas.

Se formó en el curso de psicodrama socioeducativo en ITGP.

El departamento de Terapia Ocupacional está ubicado en un ambulatorio de atención primaria y pertenece al Centro de Salud Mental (CSM) de Alcobendas- S.S. de los Reyes.

Se trata de recurso rehabilitador que forma parte del sistema de Apoyo y Soporte Comunitario de las personas que sufren Trastorno Mental Grave (TMG) desde un marco teórico basado en la recuperación y en la ocupación.

Así mismo, se da atención a aquellas personas que no tienen un diagnóstico de TMG pero en algún momento vital y por sus circunstancias, se ha producido una ruptura con su identidad, roles y actividades significativas. Así, volver a la red de recursos normalizados, al trabajo, al contacto interpersonal pasado y a lo que era su vida en general se hace complicado.

Nuestra función pasa por acompañar en el proceso de recuperación de su identidad social, basándonos en una visión recuperadora de las posibilidades de cada persona y el empoderamiento del valor y la fuerza para evitar la cronicidad. En otras palabras, se trata de acompañar en el sufrimiento y transitar hacia una vida donde el malestar sea menor y sean responsables de su propio destino.

Otra de nuestras funciones es facilitar una narrativa desde las capacidades y la vivencia personal: Infundir esperanza y confianza generando un sistema de apoyo que ayude a mejorar la seguridad en una misma. De ahí la importancia de la relación, que es lo que ofrece el contacto grupal, como un concepto dinámico y no estático.

Desde el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 (aún pendiente

de publicarse el nuevo plan) los terapeutas ocupacionales en los CSM tenemos una serie de objetivos a trabajar:

- Autocuidado.
- Adaptación al hogar.
- Actividades de la vida diaria.
- Ocio y tiempo libre.
- Rehabilitación laboral.

El número de personas que acuden al recurso es de 73 personas en total y somos dos terapeutas ocupacionales las que conformamos el departamento. Estamos en permanente coordinación con el resto del equipo del CSM, además de otros recursos integrados en el Plan Estratégico de Salud Mental y los propios del municipio.

Señalar que el espacio donde realizamos nuestra intervención, un centro de salud de atención primaria, contiene las influencias propias de la institución y lo que esto supone: pérdida de la espontaneidad y la presencia de nuestra conserva cultural como aquello que se espera de nosotras, dictado desde fuera y que acaba siendo un mandato interno (prejuicios, experiencias sociales y nuestros roles profesionales entre otros).

A Terapia Ocupacional asisten personas con diferentes edades (desde adolescentes a mayores), historias, ritmos psíquicos y funcionamiento en las diferentes áreas ocupacionales. Los diversos programas e intervenciones que se realizan desde nuestro recurso van en función de la tipología de pacientes y la edad con el objetivo de lograr una intervención lo más personalizada e individualizada posible.

Por esta razón, abarcamos un amplio espectro de grupos: De alta necesidad con asistencia diaria donde se trabajan las Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVBD) e Instrumentales

(AVID), Grupos de Estimulación Cognitiva de Adultos y Mayores, Grupo de Adolescentes, Musicoterapia y el Grupo de Mujeres.

Desde el equipo consideramos relevante nuestra formación y trabajo personal de cara a mejorar en la medida de lo posible las intervenciones grupales que realizamos. También el diseño y la composición de los grupos que se realizan. Intentamos tener en mente el ideal de trabajar desde la interacción verbal, el cuerpo y la acción. La intervención en y con el grupo se realiza por varias razones que responden a cuestiones prácticas e ideológicas.

Desde el punto de vista práctico, cabe destacar que esta forma de trabajar operativiza nuestra agenda diaria, considerando que sería imposible poder ver al número de pacientes que asisten al recurso de forma individual y con una mínima calidad en nuestra intervención. Por tanto, el trabajo grupal ofrece un espacio de trabajo que por un lado es efectivo y resuelve la presión asistencial que existe desde un CSM ahorrando recursos humanos y materiales.

Desde lo ideológico, el trabajo grupal es una filosofía y una manera de entender nuestra labor diaria partiendo de la consideración que enfermamos en grupo y sanamos en grupo. En palabras de Pablosky y Kersselman (2006) lo grupal *“supone el encuentro entre las subjetividades de las personas que asisten al mismo”*.

Lo interesante desde una perspectiva vincular y afectiva es la relación que se establece en una matriz grupal. Los cambios relacionales traen consigo una mejoría sintomática y ocupacional. Así, en el Grupo de Mujeres se intenta ir más allá de las infancias carenciales, apegos inseguros o de un perfil psicopatológico o criterio diagnóstico de personalidad conflictiva desde una perspectiva de género.

Para ello, nos apoyamos en el modelo de los factores terapéuticos de Yalom (1975) definidos como los ingredientes grupales (sean grupos psicoterapéuticos o no) y que tienen un efecto terapéutico como instrumentos de cambio: Infundir esperanza, universalidad, información participada, altruismo, recapitulación colectiva correctiva del grupo familiar primario, desarrollo de técnicas de socialización, conducta imitativa, catarsis, factores existenciales, cohesión de grupo y aprendizaje.

También nos basamos en el Modelo de Ocupación Humana (MOHO) de Kielhofner (1980) fundamentado en la visión de la persona como un sistema abierto, dinámico y en constante reorganización compuesto:

- Ambiente (físico, social y cultural)
- Estímulo procedente del ambiente (personas, objetos, eventos)
- El sistema interno de la persona compuesto por:
 - Volición (causalidad personal, valores e intereses)
 - Habitación (hábitos y roles)
 - Ejecución (capacidades y habilidades).

Por tanto, nuestra práctica profesional se centra en la persona, la ocupación y la evidencia. Las actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales) y lo cotidiano es lo que nos proporciona nuestra identidad profesional.

Ambas profesionales contamos con formación en psicodrama y consideramos que este modelo proporciona una libertad y flexibilidad desde nuestro lugar como terapeutas ocupacionales que no se da en otros.

A continuación me centraré en el Grupo de Mujeres, donde hemos empezado a aplicar las técnicas y recursos adquiridos desde la formación en psicodrama socio educativo en el ITGP.

Me gustaría señalar que en el resto de los diferentes grupos en los que intervenimos hemos diseñado e implementado sesiones utilizando técnicas psicodramáticas. El resultado está siendo bastante interesante en cuanto que dispone de un lenguaje diferente y abre una fuente de reflexión, conocimiento de los otros y exploración personal que hasta la fecha no se había dado desde la palabra o lo meramente ocupacional.

Grupo de Mujeres:

Se trata de un grupo dirigido a mujeres de entre 35 y 65 años.

El criterio diagnóstico de derivación es:

- o Distimia
- o Trastornos neuróticos:
 - Trastorno de Ansiedad Generalizada
 - Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo (Según clasificación CIE 10)
 - Trastorno de Adaptación

La distimia según Vicente y Berdullas (2010) ocupa un 25,1 % de las consultas, tanto en primaria como en salud mental. Se caracteriza por ser un trastorno de la afectividad, que conlleva un gran sufrimiento psicológico, además de ser altamente incapacitante en todas las áreas de ocupación, relaciones interpersonales y el cuerpo.

También se trata de una categoría diagnóstica que genera una fuente de frustración en la intervención en los profesionales, debido a que, según Gabilondo, Artazade la Rica y Retolaza

(2012) tiene una evolución hacia la cronicidad en un 40 % de los casos.

Se hace necesario una intervención grupal que recoja a las mujeres con este tipo de dolencias. Desde un modelo social tradicional, las mujeres han manifestado malestares provenientes de la propia frustración y exigencia de no cumplir con aquellas expectativas con la pareja, la carrera profesional o la educación. La sobrecarga en el hogar, la falta de reconocimiento social del cuidado de los otros y del hogar y una sexualidad escondida y pasiva son malestares propios de estas exigencias. Esto acarrea somatizaciones, fibromialgia, ansiedad y trastornos anímicos como manifestación de un dolor subjetivo, que hace necesario trabajarlo en un espacio específico.

El proceso de derivación al Grupo de Mujeres:

Atendiendo a la clasificación de tipos de grupos de Vivas, P; Rojas, J. Torras (2009), se trata de un grupo:

- De larga duración: Superior al año de trabajo.
- Mixto en cuanto a la patología: Formado por personas de diversos cuadros diagnósticos.
- Tamaño medio: Hasta 12 personas.
- Estructura abierta: Las personas entran y salen del mismo.

La característica de se trate de un **grupo abierto** (porque así lo requiere la continua derivación de personas nuevas al mismo) influye de forma negativa a la creación de un ambiente grupal y un clima de confianza. Esto puede ser una dificultad a la hora de crear una matriz

grupales pero nos adaptamos a la realidad que tenemos.

Se trata de una característica que viene dada por el sistema institucional jerarquizado y se materializa en el hecho de que no podemos prever el número de personas nuevas que podrán incorporarse al grupo a lo largo de su duración (10 meses aproximadamente al año) aunque sí un máximo.

Cuando son derivadas a nuestro recurso, suelen acudir al departamento carentes de información sobre qué se hace desde Terapia Ocupacional. Intentamos paliar esta dificultad en la entrevista de valoración, donde se aporta información sobre en qué consiste el grupo y la metodología de intervención. Se intenta cuidar mucho la fase de acogida y el proceso de inicio grupal para que este sea lo más motivador posible.

Consideramos que la herramienta más idónea para propiciar una buena vinculación es la propia vivencia, y que sean ellas mismas, desde su espontaneidad, las que expliquen a las nuevas incorporaciones en qué consiste “*esto del psicodrama*”. Estas situaciones nos sirven de como “*termómetro*” para saber cómo es percibida esta forma de intervenir en el espacio que construye el propio grupo.

Desde la creencia que la rigidez y la resistencia se combaten con flexibilidad y alianza, si la persona lo demanda, se realiza la intervención individualizada más allá de la primera entrevista, que sirve de vinculación al recurso o con el equipo profesional. También en ocasiones, se introducen en otros grupos que recojan sus necesidades y demandas a modo de preparación para entrar a posteriori en el Grupo de Mujeres.

Así, en algunos casos se inicia la asistencia e intervención en Terapia Ocupacional en grupos de estimulación cognitiva de adultos. En este espacio existe una tarea mediadora y el tema es relativamente neutro, comenzando así trabajo personal desde una perspectiva menos emocional e introspectiva pero donde la clave está en la interacción entre los asistentes como herramienta principal de trabajo. El objetivo es que vayan tolerando estar con otras personas e ir recibiendo feedback por parte del grupo.

La condición de grupo abierto se materializa también en las bajas que se van produciendo en el grupo y que generan el consecuente impacto. Se hace difícil cuidar las despedidas de las participantes cómo nos gustaría, o dicho con otras palabras, dar un cierre a su presencia y participación de una forma más madura. En la mayoría de los casos, cuando alguien decide no acudir más, simplemente dejan de venir.

Pensamos que puede tratarse de una posición infantil o regresiva, o quizás sea síntoma propio de su patología o como un *modus operandi* ya muy establecido que responde a evitar una nueva pérdida. Aunque señalar que estas situaciones propician a su vez trabajar duelos y despedidas que se dan en la vida cotidiana.

Diseño y características grupales:

Desde la logística, las sesiones tienen lugar en la sala polivalente del edificio donde está el departamento. Dicha sala se comparte con otros profesionales del centro y donde no es posible poder dejar materiales para las sesiones grupales psicodramáticas. También se cuenta con dos despachos, que se utilizan para hacer entrevistas

individuales (evaluación, seguimiento, intervención individual o alta/baja).

El encuadre es de una sesión quincenal con una duración de hora y media.

Los objetivos planteados para este grupo son los siguientes:

- Mejorar y desarrollar la capacidad de reflexión y autoconocimiento.
- Mejorar la “Escucha propia y del otro”
- Refuerzo de conductas en áreas relacionales
- Participación en el medio comunitario
- Mantenimiento y desarrollo de las Actividades de la Vida Diaria Instrumentales

La metodología es una combinación alterna en la intervención de sesiones psicodramáticas y verbales, donde de forma libre y espontánea puedan expresarse las mujeres que forman parte del grupo.

En este grupo en concreto, se llevaba años trabajando desde lo meramente verbal. Un gran número de las mujeres que han pasado por el mismo se han beneficiado de esta metodología de intervención. Sin embargo, en otros casos el camino de la palabra ha sido mucho menos efectivo.

Desde el criterio profesional se hace necesario ir más allá del síntoma y de trabajar de una forma lo menos dirigida posible. Al fin y al cabo, el mundo interno afectivo y emocional tiene el cuerpo y la acción un espejo, y éste es medio por el cual sentimos y organizamos nuestra vida.

Por esta razón se decidió introducir sesiones que no fueran solamente verbales y que nos permitirán romper con la necesidad a repetir en el grupo aquello que se repite en su matriz

familiar y que dificulta el cambio a través de otro lenguaje que dé voz a aquello largamente silenciado y latente. Este cambio de modelo en las sesiones grupales nos está permitiendo ir más allá de la palabra e intentar posibilitar el propio entendimiento de las dificultades de cada una, construyendo una identidad social y personal positiva. Así, favorece la expresión emocional y rompe con ciertas resistencias y hábitos grupales ya creados. Está posibilitando ciertos cambios en la dinámica grupal y apertura en cuanto a una mayor estructuración interna y grupal.

En los contenidos que se han ido tratando, hemos tenido en cuenta la perspectiva de género dado que se trata de un Grupo de Mujeres. Ha sido recurrente la aparición de los mandatos propios del género que tienen su origen en la conserva cultural de la sociedad patriarcal imperante: infancia como niñas obedientes dónde sus tareas debían ser de cuidado, y dónde la ira, la agresividad o la ambición fueron y siguen siendo mal vistas, generando culpa, represión y vergüenza.

El denominador común que nos parece relevante en este grupo, más allá de parámetros como un diagnóstico o la edad, es el dolor en el cuerpo como espejo del malestar emocional que sufren. Muchas de ellas sufren pluripatologías a nivel osteo-articular, reumáticas, y en general, mucho dolor físico de causa idiopática.

Desde la puesta en marcha de este grupo, han surgido una serie de temas comunes en las diferentes sesiones: Las relaciones de amor y de poder, duelos, escenas temidas de cada una de ellas o la propia identidad y el rol de enferma.

La intervención desde el modelo

psicodramático: Técnicas utilizadas.

Partimos de la premisa que todo el mundo tiene la capacidad de jugar, de hacer un “como si” y ser espontánea más allá de la palabra o del nivel académico o cultural. En palabras de Motta (2005) “es una forma estética, organizada y libre, de participación de los seres humanos” que abre nuevas posibilidades aprendizaje de la vida.

Permite, por tanto, poder entrar a explorar nuevas formas de ser, de estar y de relacionarse, de creación y recreación de situaciones, roles y escenas que pueden ser reconceptualizadas de otra forma.

Trabajar desde un modelo psicodramático permite además sortear el problema que genera el nivel de instrucción, que en algunos casos es muy básico y que produce vergüenza y culpa.

La elección de técnicas es cuidadosamente elegida y previamente vivenciada por el equipo profesional. Es fundamental elegir el momento grupal propicio de introducirlas para que sean generadoras pequeños cambios e intentando que prime la autenticidad y acción terapéutica frente al mero exhibicionismo. Debido a esto, el principio rector a la hora de elegir la técnica a utilizar es la simplicidad y el cuidado de no precipitar un cierre de aquel conflicto abierto desde hace tanto tiempo por mero narcisismo profesional.

En las sesiones que hemos desarrollado hasta el momento, el caldeamiento es una parte fundamental para derribar las resistencias, dejar paso a la espontaneidad y a las sensaciones corporales del aquí y ahora.

La escultura es la técnica principal que utilizamos dado que se basa en lo corporal, conecta con la espontaneidad y con el principal reflejo del malestar de las mujeres que acuden al grupo. Como se menciona anteriormente, es de vital importancia un buen caldeamiento a través de todas las sesiones, de respirar, conectar con el sentir propio y con su mundo interno, para evitar las pseudoesculturas.

Planteamos la dramatización desde la escultura dado que juega con el tiempo verbal, con los sueños, con los deseos y con los miedos más temidos. Se trata de un vehículo que coloca en la superficie aquello latente, escondido y olvidado. Muchas veces las profesionales nos hemos sorprendido del buen resultado que nos ha dado o de aquellas revelaciones que han surgido pasando a un plano manifiesto.

Otra de las técnicas utilizadas es el doblaje. Se emplea en aquellas protagonistas donde la expresión verbal de su mundo interno se hace difícil por el bloqueo mostrado o bien porque no son conscientes de que son portadoras de unos determinados contenidos. Por ello, el equipo profesional facilita desde el cuidado, con permiso y atentas a hablar desde el yo-auxiliar y no desde nosotras.

También el espejo nos sirve para que puedan verse desde fuera a ellas mismas, reconocerse en el miedo y el dolor, en la separación.

Otra de las técnicas que está siendo muy utilizada es el soliloquio, que facilite dar rienda suelta al sentir en el aquí y ahora grupal, además de facilitar una visión desde fuera de la escultura. En su utilización, intentamos evitar la racionalización del discurso.

El role playing pedagógico, y la multiplicación dramática son las

dramatizaciones empleadas también hasta el momento, y el resultado está siendo muy positivo. Los ecos grupales, o el feedback en las sesiones verbales nos indican que está habiendo una circularidad que supone un soplo de aire fresco en el grupo y en el equipo profesional.

Señalar que la inversión de roles no se ha llevado hasta el momento a cabo porque en general, nos encontramos con que las mujeres que integran el grupo tienen un nivel de ira y rechazo en la relación con el otro que podría ser utilizado para agredir debido a la fuerte conflictividad que habita dicha relación.

Ejemplo de desarrollo de una sesión grupal:

A continuación se describe una sesión utilizando el objeto intermediario como técnica principal. El objetivo es poder conectar con las sensaciones y estados corporales con las emociones utilizando como metáfora de los elementos del clima.

Para ello, se proporciona como material un folio con la silueta de una mujer y la consigna es que realicen un mapa meteorológico utilizando elementos propios del tiempo (sol, borrasca, viento, nieve, lluvia, etc...) en la silueta.

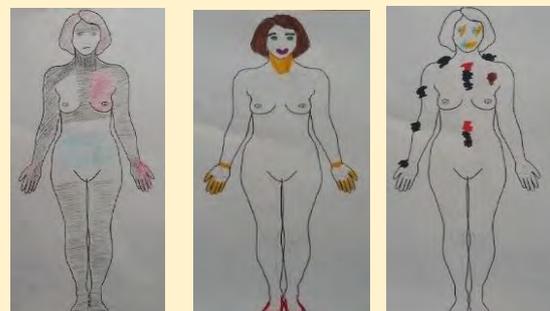
La sala se dispone de tal forma que la mitad está ocupada por una mesa que se utiliza para trabajar en la sesión de hoy y la otra parte está libre. Se colocan sillas para el inicio de la sesión explicando que utilizaremos con un objeto intermediario y en qué consiste esta técnica. Tras retirar las sillas, iniciamos el caldeamiento.

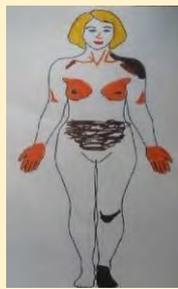
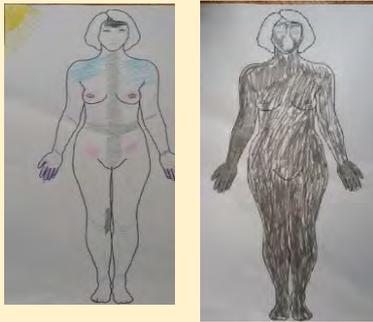
Comienzan caminando por la sala, respirando y conectando con cómo

acuden hoy al grupo. Se dan diferentes consignas para ir adentrándonos en las sensaciones corporales que traen. Eligen un lugar de la sala donde detenerse y encontrarse cómodas. Hacemos hincapié en la respiración, propiciando un estado de relajación e introspección. En este momento solicitamos que conecten con aquella zona en el cuerpo donde noten presión o pesadez y que le pongan una palabra.

Tras el caldeamiento, nos ubicamos alrededor de la mesa. Se disponen previamente los diferentes materiales para hacer su mapa meteorológico y se da la consigna reforzando que todo lo que hagan estará bien porque surge desde su sentir y espontaneidad. Durante el tiempo de realización hay conversación relajada y amena sobre el tiempo.

Tras el tiempo de realización, se pide que comenten su mapa, cuidando que hablen desde ellas mismas. Para aquellas mujeres con mayor dificultad para verbalizar, se solicita que le pongan un título al mapa. Nos sorprende que la mayoría han realizado un mapa de sus zonas dolorosas y no han utilizado símbolos meteorológicos. También que hay zonas comunes donde se concentra el malestar como muestra las siguientes imágenes:





Para terminar, realizamos el eco grupal en la parte diáfana de la sala como cierre de la sesión.

Conclusión:

A pesar de las resistencias y dificultades encontradas en el camino, el cambio de un modelo puramente verbal al psicodramático está sirviendo al grupo para llevar a la acción sus palabras y facilitar la expresión emocional auténtica. Y para el equipo de Terapia Ocupacional está siendo una fuente de motivación, mejora y satisfacción.

Al final, existe una tendencia natural a repetir en los grupos en los que vivimos inmersos roles, conserva cultural y dinámicas relacionales. Por tanto, plantearse una ruptura con dicha tendencia a la repetición sería pretencioso por nuestra parte; pero si se hace posible ir siendo más conscientes e ir introduciendo cambios que generen nuevas formas de relacionarse y vivir con menor sufrimiento.

Esta tendencia a repetir nos lleva a plantearnos a pensar que existe un deseo de encuentro con el otro. Y es precisamente con esa parte con la que intentamos conectar utilizando el grupo como una matriz que permite vivenciar otras formas de estar o de expresar.

BIBLIOGRAFÍA:

Apuntes de Psicodrama Socio educativo ITGP 2017-2018

Almenta Hernández E, P. García Robles P, González Duro E. Factores terapéuticos en la dinámica grupal. Revista AEN. Vol. 14 1994

Costa Trigo R., García-Haro J. Terapia Grupal sistémica: Una propuesta para mujeres diagnosticadas de distimia en un centro de salud mental evaluación de resultados. Revista de psicodrama

“Vinculos” Terapia familiar y técnicas grupales. Febrero 2016.

Lopez Barbera E, Población P.
Introducción al role playing pedagógico. Bilbao. Editorial Desclee de Boruwer. 2000

López Barberá. E. Más allá de la palabra, más allá de la actuación
Resumen de la ponencia presentada en el XXXV Congreso Nacional de Terapia Familiar de la FEATF. Revista Mosaico. ISSN:1887-0600.
Monografico: Técnicas activas en terapia familiar. Nº60. Febrero 2015, pags 40-53

Masini Fernández C. Psicodrama: Reflexiones desde la práctica clínica en un Hospital de Día Psiquiátrico. Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social, Vol. 10.2015

Moreno J.L. Psicodrama. Buenos Aires. Editorial Lummen. 1993

Navarrón Cuevas E, Ortega Valdivieso A. Rehabilitación psicosocial: Una perspectiva desde el Modelo de Ocupación Humana. Terapiaocupacional.com 2002

Plan de Salud Mental 2010-2014. Consejería de Sanidad Madrid. 2010

Polo Usaola C, Deconstruyendo mandatos de género en narrativas terapéuticas. Boletín de la Asociación Madrileña de salud Mental nº 42 Invierno 2018

Vivas, P; Rojas, J. Torras, E. Dinámica de grupos. Barcelona FUOC. 2009

Yalom, ID., Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo. México, FCE 1. a ed 1986

Hacia una clínica dramática

Este artículo nace después de cinco años de trabajo de campo en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Desde el año 2014, desarrollamos junto a la artista Eva Maestre Casas un dispositivo de teatro para pacientes pediátricos ingresados en psiquiatría por trastorno de la conducta alimentaria. Los talleres se realizan una vez a la semana durante una hora y su fin no es alcanzar una pureza estética; sino favorecer la conformación de narrativas subjetivas y fomentar la catarsis aristotélica.

El título de nuestra propuesta es un juego semántico que utiliza la noción de clínica y drama como un oxímoron, como una verdadera contradicción. El vocablo *clínica* proviene del sustantivo griego κλίνη que significa: *cama, lecho, féretro*. Este significado inicial (no único) encierra un paradigma extendido en la medicina donde el enfermo [infirmus] es un ente frágil que debe yacer en su cama durante todo el tratamiento. Esa concepción, que opera



María Cecilia Márquez Fernández de Ullivarri

Psicóloga Clínica

Cofundadora de Lateral Psicología de Madrid, donde es Directora de Docencia e Investigación.

Se formó como psicodramatista en ITG.

hasta nuestros días, fue el primer desafío del proyecto de teatro ya que los niños y adolescentes ingresados en psiquiatría por presentar diagnóstico de trastorno de la alimentación mostraban dificultad para mover sus cuerpos, cuerpos frágiles y dañados por la enfermedad. La otra parte del oxímoron es el *drama*, término que carga sobre sus hombros, desde el siglo XVIII, un dejo de tristeza y tragedia. Pero drama en su raíz griega, δράμα, significa *acción representada*. Esa acción que saca del letargo a los pacientes para poder ser actores de su propio guion. Así, el drama es un género literario que tiene como soportes al texto y al cuerpo. El texto contornea el movimiento corporal. Obliga al cuerpo a la acción y, a su vez, la organiza. Ésta no es una acción cualquiera, es una acción



representada por un actor (paciente) que ofrece su cuerpo para hacer algo único, efímero e irrepetible pero que a la vez se sujeta en una narrativa que persiste. Así, el drama que plantea el título no es el drama del género literario sino un drama que se dirige hacia el actor como autor. Dejar de ser pacientes-pasivos para asumir un rol activo. Esto permitió crear un nuevo estatuto para los sujetos que asistían a las sesiones de teatro, su rol pasivo cedía ante las exigencias de lo grupal para dar lugar a una nueva forma de estar ingresados en psiquiatría: *ser terapeutas auxiliares*. Esta revolucionaria concepción del paciente es un postulado de Jacob Levy Moreno:

En los métodos individuales el paciente no es más que "paciente", nunca le es permitido desempeñar el papel del terapeuta. En una sesión individual no hay más que un terapeuta, el médico. En la psicoterapia de grupo, en cambio, los pacientes pueden desempeñar las funciones de terapeutas auxiliares, y en casos excepcionales incluso ante el médico. Un paciente es agente terapéutico del otro; un grupo es agente terapéutico de otro. A esta interacción la he llamado el principio de la interacción terapéutica, en el que la autonomía de los individuos participantes no se pierde como en la masa, y en el que se aprovechan sus capacidades terapéuticas. Las interacciones sociales pueden ser en sí mismas y en un momento dado terapéuticas o dañinas; la tarea

*consiste aquí precisamente en formar grupos terapéuticos que sean eficaces para los participantes.*¹

En este apartado Moreno puede sintetizar con claridad la dinámica de una psicoterapia de grupo, donde los sujetos no son entes aislados ni tampoco son individuos que se diluyen en la masa. Sino que, por el contrario, el intercambio entre los participantes genera una sinergia capaz de facilitar una reorganización de los roles desempeñados hasta ese momento (rol de paciente y rol de terapeuta; rol de controlado y rol de controlador; rol de enfermo y rol de médico, etc.). Así, la *interacción terapéutica* es la capacidad para construir el rol del terapeuta como un rol simbólico que cuida y protege, y no como un rol asignado en exclusividad al médico. En el trabajo grupal, cuando se evidencia esta interacción terapéutica puede observarse que no hace falta que ningún miembro del grupo ostente el rol de terapeuta porque éste se encuentra presente en todo momento aunque en ocasiones sea de una manera tácita.

Por esta razón, la aceptación de un programa de arte dramático dentro del tratamiento, inaugura un cambio de posición en el paradigma paciente-pasivo. Los pacientes ya no van al teatro para que se les entretenga, sino que son ellos quienes

¹ Levy Moreno, *Psicoterapia de grupo y psicodrama*, 27.



proponen sus propios textos y prestan sus cuerpos a la escena. Cuerpos medidos, vigilados, revisados, inscriptos en registros diarios y que constantemente pueden perder el “privilegio”² de participar en la actividad si llegan a bajar de peso durante el ingreso.

El movimiento de incorporar el arte dramático al tratamiento psiquiátrico de niños y adolescentes desata interrogantes en torno a la epistemología clínica para realizar un señalamiento transversal en el orden de: las enfermedades, los enfermos, el vínculo terapéutico y los paradigmas médicos. Consideramos que el arte dramático posibilita el trabajo de los sentimientos y de las emociones de manera que la persona es capaz de revivirlos en un contexto protegido y seguro. Entonces, ¿el paciente puede valerse de la metáfora teatral? El arte dramático es más que el texto, es la relación de la trama con el cuerpo y el mundo interno. Consideramos que los talleres de arte dramático dentro de un dispositivo de ingreso en psiquiatría facilitan otras posiciones corporales que, a su vez, permiten nuevas narrativas subjetivas.

² El término pertenece a la modalidad terapéutica Cognitivo Conductual basada en un sistema refuerzos positivos y negativos.

Una sesión de teatro en psiquiatría:

Esta sesión sucedió en marzo de 2015 y el objetivo de la intervención era estrictamente exploratorio. La propuesta que presentábamos era sencilla: movilizar los cuerpos de los pacientes ingresados en psiquiatría. En ese momento, no se advertía el desafío institucional que representaba sacar simbólicamente a los pacientes del encierro; sólo se buscaba el beneficio terapéutico de la expresión corporal y verbal. Como ya se dijo en numerosas ocasiones a lo largo de esta investigación, al principio las derivaciones eran muy reducidas. Los psiquiatras no conocían el espacio y expresaban sus prejuicios en tratar a los pacientes a través del teatro.

Caldeamiento

Se propuso un ejercicio para una primera toma de contacto. Los participantes venían de la hora de reposo, luego de la comida, se los percibía adormecidos y con el cuerpo entumecido. Era necesario proporcionar un ejercicio que activara la movilidad del cuerpo, en términos de Moreno “que espoleara” al cuerpo para comenzar el trabajo dramático. Pedí a Eva que también participara de la actividad. Los participantes debían distribuirse por todo el teatro: tres participantes a un lado, tres participantes al otro lado y dos participantes



en el centro. Se les daría un globo que deberían lanzar de extremo a extremo, con el fin de evitar que lo tocasen quienes se encontraban en el centro. Si un participante del centro conseguía tocar el globo, se ubicaría en las filas de los costados y quien lo hubiera lanzado debería incorporarse en el centro. En cada lanzamiento, Horacio golpeaba con mucha fuerza e, inmediatamente, pedía perdón. Intervine y le expliqué que era sólo un juego y que la única regla que había que seguir era la de evitar que los participantes del centro lo tocasen y que no debía pedir perdón por jugar. “*Bueno*”, dijo Horacio y continuó pidiendo perdón en cada saque. Pero, esta vez, cuando lo hacía pedía perdón por pedir perdón, terminó riéndose de sí mismo.

Noté que el clima del grupo comenzaba a presentar mayor energía y propuse un segundo ejercicio que permitiría la propiocepción del cuerpo y la atención a los movimientos de los compañeros.³ Los participantes tenían que formar un círculo e irían creando un objeto imaginario con arcilla. Habría una única arcilla imaginaria que debían pasarse entre los participantes. Todos debían prestar atención a los movimientos realizados por el creador del objeto, porque si este les pasaba su objeto debían deshacer en el aire los movimientos empleados por su compañero para su construcción. Así, podían crear su propio

objeto, si habían registrado los movimientos del objeto de su compañero. Fue notable el incremento de la atención de los participantes y el deseo de construir un objeto original cada vez que les tocaba. En este ejercicio los participantes también jugaban a pillar desprevenidos a sus compañeros; las risas brotaron.

Esta acción de sacar el cuerpo de los pacientes de la cama de hospitalización es todo un planteamiento político. Permitir a los pacientes experimentar con formas más amables a las estipuladas en el tratamiento de ingreso; es un acto político. Espolear al cuerpo para la acción dramática, no significaba sólo preparar el cuerpo para el movimiento sino preparar el cuerpo para alojar otros gestos performativos diferentes a estar enfermos. Para comprender esto, voy a citar un fragmento del trabajo que realizó Augusto Boal con un grupo de campesinos de Perú. El creador del Teatro del Oprimido, propone una corriente capaz de sacudir la pesadez de la historia para alojar nuevos discursos. En su libro *Teatro del Oprimido 1*, dice:

Los ejercicios de esta primera etapa tienen por finalidad deshacer las estructuras musculares de los participantes. Es decir, desmontarlas, verificarlas, analizarlas. No para que desaparezcan, pero sí para que se vuelvan conscientes. Para que cada obrero, cada campesino, comprenda, vea y sienta hasta qué punto su cuerpo está determinado por su trabajo.

³ Este ejercicio fue ideado por Eduardo Pérez-Rasilla.



*Si uno es capaz de desmontar sus propias estructuras musculares será seguramente más capaz de “montar” estructuras musculares propias de otras profesiones o estatus sociales, es decir, estará más capacitado para “interpretar” físicamente otros personajes diferentes de sí mismo.*⁴

De esta manera, crear un clima de caldeamiento que active los cuerpos adormecidos por el reposo, permitiría a los participantes alojar otras propuestas performativas diferentes a la enfermedad. Deshacerse de las estructuras musculares de ser paciente para poder ser actor de su propia historia era una apuesta que el espacio se atrevía a hacer.

Caldeamiento específico

Ya en el escenario y más conectados con el espacio, se les propuso cerrar los ojos. Les solicité que se colocaran en una posición cómoda y que percibieran su respiración. Los siete participantes se distribuyeron por el suelo del escenario, Isabel se recostó a un lado y Antonio colocó su cabeza en sus piernas. Advertí que había una historia de amor entre los pacientes y que en el espacio de teatro aprovechaban para estar juntos, ya que no se coartaba la cercanía de los participantes. Mientras tenían los ojos cerrados, les puse

⁴ Augusto Boal, *Teatro del Oprimido I. Teoría y práctica*, trad. Graciela Schmilchuk, (México: Nueva Imagen, 1980), 25.

la canción de la película de Disney “*Tiana y el sapo*”. En la sesión anterior, Beatriz cantaba esta canción cuando íbamos camino a la sala. Noté que Beatriz se alegró de escucharla:

*Mamá, no tengo tiempo para bailes
Eso ya lo haré después
(¿Y eso en cuanto tiempo será?)
No me voy a desperdiciar, eso no me va
(¡Yo quiero que me des nietos!)
Esta lenta realidad y lo fácil que se nos da
Más yo sé de hecho a donde voy
Me acerco poco a poco, más y más
Y ya llegaré, ya llegaré
Piensan aquí que estoy loca, y yo lo sé
Y es que mi camino difícil es
Pero nada a mí me detendrá
Porque ya llegaré
Alguien dijo que los cuentos... Pueden ser
realidad
Pero aquí de ti depende, si así sucederá
Hay que trabajar duro cada vez
Y lo demás vendrá después
Y dando lo que doy
Abran paso aquí voy
Y ya llegaré, ya llegaré
Todos querrán visitarnos ya
Pero llegaré, ya llegaré
Hay dificultades siempre y en todos es igual
Pero en la montaña llegaré a la cima
Y ya llegaré, ya llegaré.
Ya llegaré⁵*

⁵ Canción de Randy Newman



Construcción del guion

Mientras escuchaban la canción con los ojos cerrados, les di la siguiente consigna: *“Ahora, vais a pensar que os gustaría estar haciendo dentro de 10 años. Cuando lo sepáis, levantad la mano”*. Una vez que todos levantaron la mano, les dije: *“Ahora vais a representar la escena y vuestros compañeros deberán adivinarla”*. Este ejercicio que impresiona sencillo, constituye todo un acto clínico en sí mismo. Colocar el deseo en el horizonte, fuera de los muros hospitalarios y posibilitar el espacio para poder fantasear con él, es una intervención que interpela al sujeto. Sabía los riesgos que esta consigna podía provocar en pacientes con vértigo a crecer. Preguntar, desde el juego, sobre lo que posiblemente pudiera angustiar, pretendía sacudir los sentimientos y comenzar a movilizar los cuerpos a la acción y a la responsabilidad subjetiva.

Inés fue la primera en subirse al escenario, se ubicó en un costado y comenzó una escena donde se encontraba hablando por teléfono con importantes representantes del mundo sobre los derechos de los animales y de los bosques. *“Mira, yo sé que en Francia no os importa nada lo del cambio climático y continuáis con diecinueve centrales nucleares. ¡Qué sí!, ¡qué sí! De nada vale haber suspendido las corridas de toros en vuestros pueblos. ¡Nos vamos a morir todo por culpa de vuestra contaminación y ambición!”*. Colgó

el teléfono y dijo: *“Lo que está pasando es terrible y la gente no lo comprende”*. La paciente se mostró impotente; pero, luego, con un gesto de sacudirse el cuerpo cogió nuevamente el teléfono: *“Hola, ¿sí?. Con Merkel por favor...”* La participante concluyó la escena intentando comunicarse con la mandataria alemana. Sus compañeros dijeron profesiones distintas: *“quiere ser activista”*, dijo Beatriz; *“¡No! quiere ser presidenta”*, dijo Coral. *“Yo creo que quiere ser escuchada”*, sentenció Horacio. Inés rio y dijo: *“dentro de diez años quiero estar luchando por lo que creo y no estar encerrada aquí”*. Me sorprendió la consciencia sobre el clima y los animales que manifestaba tener Inés; unida a su voluntad escénica de intentar comunicarse con grandes figuras políticas. Cuando todavía no era un fenómeno de masas, la participante parecía estar al tanto de la problemática global. Su performance fue realizado en el año 2015 y fue, recién, en el año 2018 cuando Greta Thunberg se convirtió en un referente mediático para los jóvenes. Inés mostraba compromiso y sensibilidad, durante el ingreso le costaba comer la carne que se ofrecía en los menús del hospital. Con esta representación, por primera vez, la participante expresaba los motivos que la conducían a su negación de comer carne durante el ingreso. Sus causas no estaban ligadas a la anorexia sino a su posición política. Gracias a la paciente, comprendí la violencia que pude llegar a experimentar una adolescente que abraza

causas sociales, pero que su palabra es invalidada por la enfermedad.

El segundo en subir al escenario fue Horacio. El participante salió a escena por el lado izquierdo y se ubicó en el centro del escenario junto al telón de fondo. Tímidamente, comenzó a atender a un paciente que se encontraba ingresado en psiquiatría. Le preguntaba como se sentía y él mismo contestaba con un tono más infantil: *“bien, pero ayer no pude dormir”*, a lo que se respondía: *“entonces, vamos a darte media de clona”*. A viva voz, sus compañeros dijeron *“quiere ser psiquiatra”*. Horacio sonrió. Quedé sorprendida por la representación del paciente, su conocimiento de medicamentos psiquiátricos y la identificación establecida con la figura de su psiquiatra. Comprendí que era un espejo que no podía romper, que en la edad evolutiva de Horacio la inquietud sobre su deseo no podía ser tan nítida como a la edad de Inés. Esta identificación le permitía imaginarse en otros roles diferentes al de enfermo, podía ser el médico que cura. Si bien, el denominador común continuaba siendo la enfermedad; la actitud frente a la misma sufría una transformación de la pasividad a la acción. Cabe destacar, que es común a esa edad identificarse con las personas más cercanas. Entendía que este proceso de identificación debía ser respetado; sin embargo, consideraba que terapéuticamente debía ayudar a romper la dualidad paciente/médico. Como si fuera un juego de

un ventrílocuo, Horacio era quien se preguntaba y se respondía en la escena. Comprendí que debía incorporar un elemento externo para que Horacio pudiera abandonar el rol de paciente y alcanzar el rol de psiquiatra. *“¡Momento!”*, corté la escena y le propuse que eligiera algún compañero que hiciera las veces de paciente, la propuesta le resultaba difícil. Entonces, le propuse utilizar un muñeco que había entre la utilería. En esta nueva escena, Horacio colocó al muñeco sobre una mesa que representaba la cama hospitalaria y, desde la distancia que guardan los médicos psiquiatras, le preguntó al muñeco que hacía las veces de paciente: *“¿te encuentras bien?, ¿has podido dormir hoy?”*. Esta vez, como un acto espontáneo, Horacio no dobló la respuesta y pudo quedarse sólo con su pregunta como médico. Advierto que la incorporación de un objeto provocó un auto-distanciamiento que no reestructuró la escena sino su mundo interno. En esta línea, mi intervención no fue explicarle al participante de forma racional que debía interrumpir el diálogo interno establecido por los dos roles; sino que, por el contrario, el señalamiento fue operacional y no verbal. El diálogo siguió: *“Si no puedes dormir bien vas a tomar medio comprimido de clonazepam”*. Le pregunté si se había inspirado en alguien para la representación; respondió que en Silvia, una psiquiatra pediátrica del hospital que mantenía un trato muy cálido con los pacientes.



Considero que este sutil movimiento generó una reorganización psíquica del rol, abandonar la identidad de paciente para asumir una nueva identidad. Dice Knébel:

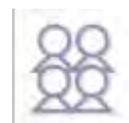
*En consecuencia, para tener derecho a ‘implantar sus visualizaciones en el interlocutor’, para contagiarle con los cuadros creados en su imaginación, debe el actor realizar un enorme trabajo, debe reunir y poner en orden el material para la comunicación, es decir, penetrar en la esencia de lo que ha de transmitir, conocer los hechos de los que ha de hablar, las circunstancias dadas en las que es preciso pensar, crear en su visión interna sus propias visualizaciones.*⁶

Al acabar la escena, se felicitó a Horacio por su representación y se percibió en el participante cierta alegría. La intervención que realicé desde la dirección no buscaba un fin estético, sino transclínico. En una intervención estética podría haber indicado continuar con la confusión médico/paciente y que el participante elaborase, por ejemplo, un monólogo del equívoco. Por el contrario, la intervención realizada, sin explicaciones racionales, partía de una concepción del participante como sujeto psíquico y, también, como sujeto corporal. Sacudir la arquitectura corporal del actor para abandonar la investidura de paciente. Dejar de ser el receptor de la acción médica

para pasar a ser actor ejecutante del acto clínico.

El tercero en realizar el ejercicio fue Antonio, se percibía al participante con más confianza que en la última sesión. Ahora, Antonio parecía liderar el grupo; su cambio con respecto a la sesión anterior fue significativo. Con soltura salió a escena; apoyó su pierna sobre una de las pequeñas sillas que había. Con cierta postura de persuasión comenzó a explicar matemáticas: *“hoy comenzaremos un nuevo tema, vamos a ver una ecuación de segundo grado. Sacad los libros.”* Mientras hablaba, escribía en una pizarra imaginaria. Concluyó la representación y sus compañeros dijeron: *“¡quiere ser profe de instituto!”*. Antonio con alegría respondió que sí. Cuando estaba por bajar del escenario, le propuse complejizar la escena: *“puedes llevar más allá la escena incorporando a los alumnos a quienes les vas a enseñar”*. *“¿Tengo que hacer subir a los alumnos?”*, preguntó el participante. *“No, vas a utilizar una técnica del teatro contemporáneo que consiste en ‘romper la pared que separa el escenario del público’. Vas a jugar con que el público es tu clase y los espectadores deben comprender lo que estás explicando”*. *“No entiendo”*, dijo Antonio. Decidí echar manos del diccionario de Patrice Pavis, que llevaba conmigo ese día. Me subí al escenario junto al participante y les leí la definición de la cuarta pared:

⁶ Knébel, *El último Stanislavsky*, 120.



*Pared imaginaria que separa el escenario de la sala. En el teatro ilusionista (o naturalista), el espectador asiste a una acción que supuestamente acontece al margen de él, detrás de un muro traslúcido. El público es invitado a espiar a los personajes, los cuales a su vez se comportan como si el público no existiese, como si una cuarta pared les protegiese. Molière ya sospechaba en *El impromptu de Versalles* que “esa cuarta pared invisible seguramente disimula la multitud que nos observa” y Diderot reconocía su existencia: “Tanto si componéis como si actuáis, considerad que el espectador no existe. Imaginad que en el borde del escenario hay una sólida pared que os separa de la platea; actuad como si el telón no se levantara” (...) El realismo y el naturalismo llevan hasta el extremo esta exigencia de separación entre escenario y sala, mientras que, en cambio, el teatro contemporáneo prefiere romper la ilusión, (re) teatraliza el escenario u obliga a la participación del público. Parecería conveniente una actitud más dialéctica: reconocer que entre escenario y sala hay, a la vez, separación y límite, que entre ambos se establece un constante fuego cruzado y que de esta denegación nace el teatro.⁷*

“Hoy podemos jugar con la interacción del público. Puedes irrumpir en

⁷ Patrice Pavis, *Diccionario de teatro*, trad. Juame Melendres, (Barcelona: Paidós, 1998), 106.

la escena y llevar al público a tu clase de matemáticas”, dije. Antonio comprendió, inmediatamente, la propuesta. Volvió a realizar la representación; pero, esta vez, convirtió el patio de butacas en una clase. “Ya os dije que os callarais. Siempre igual, no podéis dejar de intercambiar fotos”, “Tú, ¿otra vez con la calculadora? ¡Hombre! Así, será imposible que aprendas nada”, dijo Antonio habiendo entrado en confianza. “¡En mi clase no se come chicle!”, le dijo al representante de actividades lúdicas que llevaba un chicle en la boca. El juego comenzaba a generarse, el participante advertía que podía jugar con elementos de la realidad. En esta sesión el participante se muestra con mayores dotes de liderazgo y con capacidad de persuasión frente al público. Felicité a Antonio por haber interpretado bien la consigna y le pregunté si conocía a algún profesor que le gustara, explicó que quería mucho a su profesor de matemáticas del instituto. Aquí, también, puede verse que el paciente sigue vías de identificación transferencial con una figura de autoridad cercana a él.

La cuarta en aparecer en escena fue Isabel. La participante pidió al representante de actividades lúdicas que le prestara unas carpetas que él llevaba consigo. Su escena comenzó con ella sentada en una fila de sillas, con las carpetas apretadas junto al pecho. Con gestos de preguntar si la llamaban a ella, se puso de pie y se dirigió al centro del escenario. Hacía las veces de aclarar la voz



y probar un micrófono. Sacudió el cuerpo como “quitando nerviosismo”, tosió fuerte y comenzó a recitar un texto. Era un fragmento de amor de la obra *Romeo y Julieta* de Williams Shakespeare.

Mi único enemigo es tu nombre.

Tú eres tú, aunque seas un Montesco.

¿Qué es «Montesco»? Ni mano, ni pie, ni brazo, ni cara, ni parte del cuerpo.

¡Ah, ponte otro nombre!

*¿Qué tiene un nombre? Lo que llamamos rosa sería tan fragante con cualquier otro nombre. Si Romeo no se llamase Romeo, conservaría su propia perfección sin ese nombre. Romeo, quítate el nombre y, a cambio de él, que es parte de ti, ¡tómame entera!*⁸

Sus compañeros advirtieron que Isabel quería ser actriz. “*Es el sueño de Isabel, ser actriz y representar a Julieta en una obra*”, dijo con complicidad Beatriz. “*En verdad, era un casting para que me cogieran en la obra de Romeo y Julieta. Para ver si me daban el protagónico*”, repuso Isabel. Felicité a la participante por su buena memoria para recordar ese fragmento de la obra de *Romeo y Julieta* y por su apuesta performativa de “coger unas carpetas” para hacer las veces de unos borradores del texto. Una vez que finalizó su propuesta se le sugirió que eligiera alguien para que la ayudase con la escena. Se ofrecieron dos compañeros: Antonio y Mateo, quienes sin

recibir indicaciones previas de Isabel comenzaron a desarrollar una historia. Pude comprender un tiempo después esa invasión del espacio escénico. La escena era de Isabel y ella era la autora de lo que sucediera; sin embargo, los compañeros, que se ofrecieron a pasar los diálogos, recondujeron la escena a una competencia por el amor de la protagonista. Mateo con gestos de reverencia comenzó a tejer su propio texto y dijo: “*Desde el día que la vi, supe amada mía que usted sería para mí el sol y las estrellas.*” Ella le respondió que no quería salir con él, pareciera que la escena se asemejaba una situación real entre los pacientes. Mientras hablaba con su compañero, Antonio irrumpió montado en un palo de escoba que hacía las veces de un caballo. “*Amada mía, vengo a buscar en ti mi consuelo*”, gritaba Antonio. Con la presencia de Antonio, Isabel se sonrojó. Pronto los dos actores se dispusieron a pelear por el amor de Isabel. La obra concluyó con los pretendientes peleando y la protagonista intentando separarlos. La escena de Isabel había sido tergiversada por los participantes. Si bien, la escena era muy rica por el desenvolvimiento de los pacientes; consideré que la invasión del argumento que hicieron los compañeros sobre la propuesta de Isabel debía ser señalada. “*Gracias a todos por vuestra representación. Sin embargo, esta no es la escena que había representado Isabel. Habéis hecho lo que se os ocurrió, pero no sé si esto es lo que quería representar*

⁸ Williams Shakespeare, *Romeo y Julieta*



vuestra compañera. Vosotros comenzasteis a narrar una historia de caballeros; mientras que vuestra compañera había propuesto una escena donde la tensión dramática era otra. La escena original de Isabel era la de un casting a la que ella asiste para poder obtener el papel de Julieta. Es esa historia la que hay que representar”, dije. “Es verdad, esto no es lo que quería representar”, subrayó Isabel. “Vamos a comenzar otra vez. Elegirás de nuevo a un compañero o compañera que te ayude a contar tu historia”, propuse. Isabel se mostró pensativa durante unos segundos y acabó por elegir a Coral. Esta elección pareció alegrar a Coral. Cuando Coral subió al escenario, Isabel le explicó la escena que deseaba representar. “Ambas estamos aquí sentadas esperando a ser llamadas para el casting. Entonces, comenzamos una conversación sobre nuestros deseos de ser actrices. Pero comienza un malentendido porque tú creías que era un casting para una publicidad de trajes de baño”, dijo Isabel. “Bueno”, respondió desconcertada Coral. Era una propuesta compleja para Coral porque ella presentaba un elevado sobrepeso y el vínculo que establecía con su cuerpo tenía una historia de reiteradas autoagresiones. La timidez y la vergüenza sobre su cuerpo era algo que la paciente manifestaba constantemente durante el ingreso. Fuera del ingreso, solía vestir con ropas holgadas que desdibujasen su físico y, siempre, llevaba sudaderas que le cubrían hasta las manos. Por ello, ser convocada

para realizar una escena en la cual debía luchar por un personaje que tenía que vender trajes de baño era un desafío para la paciente. La escena comenzó, las participantes se encontraban sentadas en una sala de espera con la mirada fija en las carpetas repasando el texto. Isabel comenzó a hablar y a contar que ella soñaba con el personaje. Coral la miró con el rabillo del ojo y dijo, “¡qué fea estás hoy!”. En ese momento, Isabel se enfadó con la compañera y decidió no continuar con la representación. Parecía que todos los miedos de Isabel habían sido expuestos. Llamaba la atención la reacción de Coral, ya que ella no solía presentar conductas hetero-agresivas. Por el contrario, en la paciente había una tendencia a la auto-agresividad pero ese comentario en el escenario parecía una pequeña venganza a la sobrexposición anterior. En el momento que Isabel bajaba enfadada del escenario, la detuve y le dije que se trataba de una representación: “El comentario dicho arriba del escenario forma parte del ejercicio dramático. Coral no está diciéndote esto a ti como persona sino al personaje que encarnas. Desde allí puede salir un conflicto: que el día anterior en la peluquería te tiñeron el pelo de azul; que un mosquito te haya picado en el labio, que te hayas equivocado y, en vez de maquillaje, hayas utilizado una pintura de pared, etc.” Isabel aceptó el señalamiento y regresó a su propia escena. La escena se desarrolló de una manera exquisita, ambas



actrices pudieron interpretar sus roles y jugar al equívoco. Parecía que, por primera vez, la paciente podía tolerar no ser bella ni agradable para alguien. Por mi parte, me encontraba sorprendida por el modo en que el grupo se auto-regulaba. El campo simbólico del teatro, una vez más, sacudía en los cuerpos los miedos. En la primera escena, había una rivalidad por obtener el amor de la protagonista y, en la segunda escena, una compañera “desidealizaba” el encanto de la actriz. Pareciera que ambas posiciones mostraban el “nudo fantasmático” de la participante: ser elegida y protagonista.

El quinto en subir al escenario fue Mateo. El participante cogió una pala de pin pon del cajón de utilería, se ubicó en uno de los costados delanteros del escenario y comenzó su actuación. *“Buenas tardes España, estamos transmitiendo en vivo desde Marruecos. El país está consternado porque acaba de estallar la guerra. Un grupo de rebeldes ocupó parte del territorio del Sahara Occidental. Un conflicto que viene desde la ocupación española. Mauritania también está implicada en la situación actual”*, expresó Mateo en castellano. *“Quiere ser reportero de guerra”*, dijo Beatriz. *“En verdad, quiero ser reportero pero de un mismo sitio. Elegí Marruecos porque es un país que me gusta, pero no me gustaría estar viajando tanto”*, repuso Mateo. Desde el público arrojé un cojín al grito de “bomba”. Mateo toma el elemento externo

y comenzó a construir su representación desde allí: *“Acaba de estallar una bomba a pocos metros, me acercaré a verificar si hay heridos”*, dijo retransmitiendo. Se aproximó al sitio donde estalló la bomba y comenzó a preguntar en francés a supuestos transeúntes. *“La gente me comenta que han sido grupos de rebeldes que se sublevaron al rey”*. Los compañeros quedaron sorprendidos de la espontaneidad de Mateo y de su capacidad para incorporar dos idiomas a la representación. Considero que la representación poseía un buen manejo del espacio y de los elementos externos no esperados por el participante. Felicité a Mateo por su representación y por su habilidad para comunicar e integrar su bagaje cultural e idiomático.

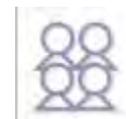
Beatriz salió a escena de manera resuelta y representó una pieza de ballet. Su presencia en el escenario era impactante y su control de los movimientos preciso. Durante la representación, simulaba equivocaciones para demostrar que se trataba de un ensayo. *“Quiere ser bailarina”*, dijo Horacio. Beatriz respondió: *“en verdad, hago gimnasia rítmica pero ahora me han prohibido este tipo de actividad”*. Jugué a hacerme la que no comprendía y le pregunté: *“¿cómo te prohibieron esta actividad?, yo no sabía que hacías gimnasia rítmica”*. *“Si, yo practicaba una técnica para bailarines de danza contemporánea que se llama Horton. Me la prohibieron porque supone mucho desgaste físico. Pero en verdad yo amaba*



practicar ejercicio”, dijo y se sentó con frustración en la butaca. Una vez más, se inauguraba la pregunta sobre el modo de implementación de las disciplinas. Los efectos negativos que pudiera tener la práctica de gimnasia requiere un análisis. La gimnasia rítmica, la danza o el arte dramático producen efectos sobre los cuerpos. La escrupulosa observancia de los movimientos que requiere la gimnasia rítmica, favorece, en ocasiones, la vigilancia sobre el cuerpo en algunas personas. Sin embargo, la gimnasia rítmica en Beatriz, como el teatro en Isabel o la conciencia del clima en Inés, no fomentan la enfermedad ni la causan. Por el contrario, desde una lectura transclínica, considero que corresponden al deseo de las participantes. La transclínica trabaja sobre las ganas de vivir, la motivación de las pacientes y sus intereses. El objetivo es poder abordar el malestar del sujeto, sin eliminar la subjetividad. Le pedí a Beatriz que volviera al escenario y contara una historia sobre ese ensayo de gimnasia rítmica. Beatriz regresó. *“No sé que hacer”*, dijo. *“Cuéntanos cómo es un día normal en el que vas a gimnasia”*. La participante comenzó a representar un día de semana en el que se levantaba por la mañana, se lavaba los dientes, se vestía para ir al instituto, hacía una bolsa para el gimnasio, desayunaba con los padres, marchaba caminando al instituto y, luego, con prisa debía tomar el autobús para asistir a su clase de gimnasia rítmica. Los

movimientos de la paciente eran lentos y definidos, no necesitaba la palabra para mostrar las acciones de un día de su vida. Si bien, la propuesta era muy sencilla, pretendía incorporar a la participante en su rutina. Una rutina que ahora estaba prohibida, pero no olvidada. Me impactó el cambio que manifestaba en esta escena Beatriz. Mientras que en la sesión anterior se mostraba desafiante con Isabel; en esta ocasión podía expresar su vulnerabilidad. Había dejado de competir para mostrar su deseo y la dificultad para poder sostenerlo.

Coral mostró cierta dificultad con la consigna, preguntó si en un futuro podía tener un trabajo donde se hicieran muchas cosas. Se responde que dentro de 10 años podía hacer lo que quisiera. *“No sé que quiero ser dentro de 10 años, pero si me imagino haciendo muchas cosas a la vez”*, dijo Coral. Validé esta idea e hice una reflexión: *“lo que planteas Coral es muy importante. No sabemos quienes seremos dentro de 10 años, porque el ser es todo un concepto filosófico. Sin embargo, lo que propones es trascendente. Qué es lo que nos gustaría estar haciendo en 10 años. Qué cosas nos gustan realizar, con quien nos gusta pasar el tiempo... Nos gustan los animales, los libros, las series, el baile, la cocina... Con todo eso podemos soñar”*. Me resultaba interesante que la paciente realizara la distinción entre ser y hacer; pareciera que el ejercicio denunciaba un conflicto de clave ontológica que arrastramos socialmente. Tras haberme



escuchado, Coral subió con mayor confianza al escenario. Ubicó la mesa en el centro y pidió que se apagaran las luces. La escena comenzó con Coral escribiendo a máquina. “*Ring, ring, ring*”, sonó desde el público. La participante había pedido a Eva que actuara con ella en la obra. “*Buenos días, se ha comunicado con el despacho de abogados de López y López*”, dijo Coral. Desde el público Eva le hablaba, “*Hola, ¿sí? Quería comunicarme con Natacha*”. “*Natacha ha salido un momento, pero yo puedo tomar el mensaje. Dígame*”, dijo Coral. “*¡Quiere ser secretaria!*”, dijeron todos. “*Quiero una vida tranquila*”, dijo Coral. De todas las historias grandilocuentes que los participantes narraban, Coral traía un deseo pequeño y sencillo. Advertí la necesidad de validar este horizonte, su horizonte. Salir de las exigencias de lo importante y brillante. “*Me encantó tu representación, tiene el encanto de la película Amélie. Me llamó la atención que escribieras no en un ordenador futurista sino en una máquina de escribir, de esas antiguas. Fue una escena con elementos del pasado pero que nos muestran el futuro*”.

Los pacientes cerraron la sesión reconociendo el trabajo de sus compañeros. Mateo preguntó si lo hizo bien, se lo reconoció por sus dos actuaciones: como caballero y como reportero. “*Muchas gracias a todos, habéis sido muy generosos al mostrar trozos del futuro*”, dije.

TRATAMIENTO PSICODRAMÁTICO EN TRASTORNO BORDERLINE DE PERSONALIDAD



Ricardo López Mateos.

Médico, Psiquiatra. Formado en terapia familiar, psicodrama, terapia de grupo y multifamiliar.

Introducción:

Uno de los desafíos de la psicoterapia actual es el abordaje de la patología limítrofe. Lo primero que debemos preguntarnos es a qué nos referimos con personalidad borderline. Aunque las clasificaciones internacionales ofrecen un diagnóstico categorial basado en criterios, pero la práctica clínica nos dice que la terminología es confusa. Si consideramos las investigaciones de Kernberg, veremos que se refiere a una estructura límite en sentido amplio, es decir, existiría un elemento nuclear, que sería el mecanismo de escisión, la incapacidad para integrar los aspectos positivos y negativos de uno mismo y los otros. Sobre esta base se desarrollarían diferentes tipos de expresiones fenoménicas, siendo el trastorno límite de personalidad únicamente un subtipo. Desde ahí, podemos encontrarnos este

tipo de estructura en diferentes cuadros psiquiátricos, por ejemplo, en la fobia social generalizada, en los trastornos de conducta alimentaria, en las drogodependencias o en las caracteriopatías desde un punto de vista general. Las escuelas psicoanalíticas siempre han hecho énfasis en una detención del desarrollo psicoafectivo. Sabemos que la presencia de experiencias traumáticas en la primera infancia es muy prevalente. Por tanto, determinados eventos traumáticos producen una alteración del desarrollo psíquico, por lo que ciertas funciones no evolucionan. El área psíquica que más se compromete es la llamada función integrativa. Un ser humano que se encuentra desprovisto de esta aptitud psicológica fundamental va a vivir en una constante inseguridad vincular. Si el



otro está conmigo, es una especie deidad omnipotente, capaz de proporcionarme todo aquello que necesito, pero si se marcha, se convierte en un villano diabólico, con la única intención de dañarme. Sin duda, esta dinámica relacional coloca al sujeto en una posición constante de egocentrismo y dependencia infantil. La angustia que genera el abandono desencadena toda una cascada conductual desadaptativa con la que manipula de forma destructiva a un otro del que depende. Sin embargo, todo este funcionamiento no resulta extraño en el mundo cotidiano y vulgar del neuroticismo. En cualquier situación de duelo importante se genera una regresión borderline. Este proceso se inicia con una escisión en “buenos” y “malos” y con conductas, en ocasiones, disruptivas. Así, cuando nos sentimos abandonados por la pareja, podemos sentir que es una canalla o culpabilizarnos de forma atroz por lo sucedido. Es posible que pasemos de un estado a otro en cuestión de semanas, días, a veces horas o minutos. En ocasiones, hacemos llamadas con el único objetivo de reprochar o consumimos alcohol en grandes cantidades para olvidar. Con frecuencia, las parejas en situación de divorcio mantienen pleitos imposibles en los que el único resultado es una destrucción mutua. Ahora bien, tras la tormenta viene la calma y la persona puede incorporar una imagen integrada de lo sucedido, en la que ya no hay blancos ni negros, sólo grises. Esto demuestra que el funcionamiento borderline se encuentra en todo el mundo, la diferencia es el umbral de activación. Una persona que ha tenido un desarrollo psíquico adecuado necesitará un estresor de gran magnitud para comenzar a

expresar pensamientos, sentimientos y conductas de tipo limítrofe. Sin embargo, en un sujeto con una estructura borderline un simple gesto que asocia a un posible abandono desencadenará la escalada sintomática. La otra gran diferencia entre un individuo neurótico y otro fronterizo es la resolución del cuadro. En el primer supuesto, se resolvería tal y como hemos descrito. En el segundo, no se resuelve, simplemente el vínculo se pierde y es sustituido por otro. Durante el periodo de separación aparecen toda una serie de conductas desadaptativas de poder, que, si resultan exitosas en algún punto, se fijan y, a partir de ese momento, formarán parte del repertorio conductual del sujeto.

La regresión borderline no puede ser entendida como un fenómeno individual, sino grupal y sistémico. Cuando una familia, por ejemplo, se encuentra sometida a presiones que amenazan su cohesión, rápidamente se va a escindir en “buenos” y “malos”. Ese fenómeno de escisión grupal se va convertir en un mantenedor homeostático en momentos de fragilidad del sistema. Así, un adolescente comienza a salir con los amigos y los padres empiezan con reproches, lo que desencadena toda una serie de conductas oposicionistas en el joven, a veces autodestructivas, que incrementan el conflicto y la interdependencia desde la escisión. Cuando el sistema finalmente se reorganiza, el fenómeno de escisión desaparece. Sin embargo, si el cambio adaptativo resulta imposible, entonces la escisión se fija. Una familia escindida de forma estable se convierte en una matriz de desarrollo de una futura estructura borderline a nivel individual. Estos fenómenos pueden llegar a ser tan



masivos que podrían afectar a sociedades completas. Por ejemplo, el fenómeno del nazismo en la Alemania de los años 30 y 40 sería una forma de escisión social. Si nos centramos en el momento actual, podríamos afirmar que ni Palestina ni Israel podrían existir si no hubiese un conflicto de odio entre ellos, que mantiene la homeostasis a partir de la escisión.

Palabras clave:

Trastorno borderline, estructura fronteriza, tratamiento psicodramático, heridas primarias, rematrización, mecanismos de poder.

Modelo etiológico desde una visión psicodramática:

A pesar de la frecuencia de episodios traumáticos en la infancia, que se presentan en 75% de los casos, no podemos considerarlo como una causa única, sino más bien como un potenciador de la patología borderline. Un factor etiológico fundamental es una alteración profunda en el vínculo materno-filial en el primer año de vida. Esto fue estudiado con cierta profundidad por las teorías del apego, que consideraban que la psicopatología límite era la expresión de un patrón de apego desorganizado. De esta manera, la presencia de traumas psíquicos se convierte en una especie de epifenómeno secundario a una desorganización estructural del sistema familiar. Ahora bien, una vez que los sucesos traumáticos se producen actúan de forma sinérgica. Desde ahí, no hablaremos de

un trauma psíquico aislado, sino de una interacción traumática que se inicia desde el momento del nacimiento. Pensemos en uno de los acontecimientos vitales adversos más prevalentes en las personalidades limítrofes, el abuso sexual. Su capacidad desestructurante se produce en tres tiempos. Hay una relación de indiferencia o rechazo en la matriz de identidad indiferenciada. Esto produce una ausencia de supervisión durante el proceso de crianza. La niña, generalmente, se encuentra sola, en situación de abandono. Esto significa que establece vínculos fusionales con cualquier adulto que se aproxime, sin ser capaz de diferenciar la relación en función del parentesco. Una vez que el abuso se ha producido, la niña, con frecuencia, guarda el secreto, casi siempre porque siente vergüenza y culpa, miedo al agresor o porque ha incorporado figuras parentales punitivas, lo que genera un temor al castigo. En otros casos, es el propio sistema familiar el que prescribe el secreto. Sea como sea, se ha comprobado que cuando existe una respuesta familiar adecuada, en la que el infante se siente defendido, la capacidad patogénica del trauma pierde mucha intensidad. Todos estos indicios nos llevan a pensar que la verdadera psicopatología fronteriza se engendra durante la escena primigenia. Podríamos decir que existe una patología límite característica de una escena primigenia de rechazo y otra del vacío. En el primer caso, predominan vínculos inestables y hostiles, con un predominio del comportamiento impulsivo. En el segundo, sin embargo, el rasgo fundamental son los sentimientos crónicos de vacío. Esta falla profunda en las escenas primarias dará lugar a una estructura borderline, tal y como la describía Kernberg. Cuanto más grave sea la privación, menor será la capacidad para postergar un anhelo y tolerar el



sufrimiento psíquico. Por tanto, hablaremos de un espectro borderline, que iría desde conductas desadaptativas con escasa repercusión vital a cuadros muy desorganizados cercanos a la psicosis. Ahora bien, las conductas concretas que incorpora el sujeto son herramientas de poder funcionales en su sistema familiar de pertenencia, que le permiten gratificar una necesidad en una situación de privación extrema. De ahí que nos encontremos una pluralidad fenoménica importante, que iría de algunos cuadros fobiformes a trastornos psicóticos o disociativos graves, pasando por las drogodependencias, los trastornos de conducta alimentaria o el trastorno borderline de personalidad propiamente dicho. El desarrollo del poder en las personalidades límite difiere de los fenómenos observados en estructuras caracteriales de tipo neurótico. Cuando la escena primigenia es muy patológica, el niño no puede desarrollar una dependencia sana con sus figuras parentales. De esta manera, le resulta imposible entrar en la cuaternidad. No existen referentes paternos o maternos sobre los articular el desarrollo de las estrategias de poder. Esto, unido, a la incapacidad para discriminar vínculos de parentesco, hace que cree un personaje de supervivencia polimorfo, donde se estructura una amalgama de herramientas de poder, dirigidas a diferentes figuras, que en un momento determinado de su vida funcionaron, al menos en su fantasía, como un equivalente parental. Esto hace que el sujeto no pueda tener una visión integrada de sí mismo, que la percepción interna y externa resulte fragmentaria y que se produzca una alteración profunda de la autoimagen, denominada difusión de la identidad. Los autores psicoanalíticos intentaron explicar este fenómeno con el concepto de self, que describieron como el conjunto de

representaciones que tiene el sujeto de sí mismo, de los otros y de uno en relación con los otros. En el caso, de los pacientes borderline el self sería discontinuo, incoherente y fragmentario. Sin embargo, es necesario introducir las nociones de escena primigenia y poder, para entender este concepto, ya que no se trata de una representación intrapsíquica, sino de un fenómeno dinámico, vincular y sistémico.

Bases para el tratamiento:

Aunque se han demostrado eficaces diferentes técnicas de terapia individual, como la dialéctica-conductual, la mentalización o la psicoterapia basada en el análisis de las transferencias, la experiencia me ha demostrado que el tratamiento de las pacientes con patologías limítrofes es siempre intersistémico. Esto significa la presencia de diferentes sistemas terapéuticos en interacción entre sí, cuyas conflictivas transitan de uno a otro a modo de vasos comunicantes. De esta manera, el programa de tratamiento en el que llevo trabajando desde hace 10 años, implica psicoterapia individual, terapia ocupacional, educación para la salud, tratamiento farmacológico, psicoterapia grupal, espacios convivenciales, terapia familiar y grupo multifamiliar. El primer paso siempre es el ajuste del tratamiento farmacológico. Cuando un paciente se encuentra muy sintomático, con mucha angustia, disforia o conductas disruptivas, se produce una dinámica vincular en círculo vicioso. Con esto me refiero a que reproduce en las relaciones extrafamiliares la situación primaria de rechazo e indiferencia, por lo que la aproximación del otro, en este caso, del



profesional sanitario, se produce por la movilización de herramientas de poder. Los ejemplos más clásicos serían la verbalización de ideas de muerte o el empleo de las autolesiones. Esto hace que los mecanismos patológicos se refuercen y que se produzca una retraumatización. Por eso, la reducción de los síntomas a un nivel sostenible es una pieza básica del tratamiento. Mientras tanto, en el encuadre individual van a aparecer las heridas primarias en escena primigenia, ya que en este contexto se movilizan las conflictivas de la matriz de identidad. El trabajar en profundidad este daño precoz va a permitir que se pueda vincular al grupo. Generalmente inicio la psicoterapia diádica uno o dos meses antes de la incorporación al grupo. La diferencia esencial entre haber iniciado el abordaje antes o de forma simultánea radica en su capacidad para vincular en una estructura grupal. Si no hay un trabajo previo, probablemente las angustias que se movilizan harán que pierda el tratamiento en poco tiempo. Sin embargo, cuando se ha hecho un trabajo previo, la integración en grupo se produce con un importante conflicto de ambivalencia. Esto moviliza escenas pasadas vinculadas con experiencias de rechazo, abandono y abuso, que pueden ser recreadas, ofreciendo una experiencia emocional correctora en el seno de la matriz grupal. El grupo resulta mucho más potente que el encuadre diádico, ya que entran en juegos todas las matrices, la de identidad, pero también la familiar y social. Siempre en el propio devenir del tratamiento grupal van a aparecer contenidos que no van a poder ser trabajados. Estos se van a manifestar en el espacio individual. Generalmente estos aspectos silenciados tienen que ver con elementos que el paciente calla porque teme ser rechazado y abandonado. Por tanto, al ser llevados al

espacio diádico pueden ser introducidos en una experiencia rematrizadora, lo que va a facilitar que posteriormente puedan ser manifestados a nivel grupal. El grupo va a actuar como referente cultural, pero también como espacio de expresión, contención y aceptación. Así, el sujeto incorpora, en muchas ocasiones por modelado y refuerzo vicariante, nuevos roles funcionales. No obstante, es necesario que el sujeto tenga un espacio grupal de experimentación, más cercano a la realidad y a lo cotidiano. Esto se da fundamentalmente en los espacios de convivencia. La educación para salud y la terapia ocupacional van a utilizar fundamentalmente un enfoque pedagógico. No olvidemos que el trabajo del daño en escenas primarias debe ir acompañado de la adquisición de roles sociales competentes. De ahí puedo afirmar que los abordajes pedagógicos son un complemento necesario en pacientes que han sufrido privaciones experienciales y emocionales tan profundas. La incorporación de un nuevo rol va a suponer un desafío para el sistema familiar, ya que va a ser vivido como una amenaza para su cohesión. Esto va a hacer que se intensifiquen los fenómenos de escisión, con aparición de conflictos de “buenos” y “malos”. Esta escisión, como bien sabemos, es un mantenedor homeostático del sistema. Cuando se trabaja la escisión familiar a nivel de escena van a aparecer temores muy primitivos a la separación en todos los miembros. El poder abordar esto y ayudar a que puedan conectar con la tristeza y reencontrarse en un proceso de duelo compartido va a permitir que la matriz patológica familiar, poco a poco, se vaya transformando en una red vincular nutricia, capaz de reforzar los roles adquiridos y promover nuevos aprendizajes. Habitualmente la familia más movilizada se va a convertir en protagonista en el grupo multifamiliar.



En este espacio, por el interjuego de resonancias, un padre le va a decir a un hijo lo que no puede decirle al suyo propio. Esto hace que se den experiencias emocionales intensas y que se produzca una co-construcción narrativa por medio del diálogo. Permitirá introducir lenguaje donde no existe. La escena se va a utilizar en el grupo multifamiliar como una herramienta para desbloquear contenidos que obstaculizan el trabajo de todo el grupo. Por ejemplo, comienzan a aparecer contenidos de duelo muy dolorosos. Esto moviliza al conjunto del grupo a una posición resistencial. En ese momento, tiene sentido a hacer un trabajo de la pérdida de forma escénica, con el objetivo de que la familia protagonista acceda a su conflicto a través de la acción. Esto moviliza contenidos de separación y pérdida en el resto de los miembros del grupo, permitiendo superar el obstáculo y que la tarea avance. El grupo multifamiliar actúa como potenciador del proceso terapéutico en aquellas familias que se encuentran en un momento de crisis, pero también sirve como movilizador en sistemas familiares que se encuentran en una fase bloqueo u homeostasis patológica. Aunque hago una descripción secuencial, todos los espacios influyen en los otros de forma recíproca. El último sistema importante es el equipo terapéutico. Las ansiedades que se movilizan en este tipo de tratamiento, muchas veces activan escenas propias conflictuadas, lo que nos genera una situación de parálisis. Cuando sucede a nivel individual en un miembro del equipo, el resto contienen y ayudan a elaborar. Por eso, las reuniones asistenciales cumplen una función esencial. En otras ocasiones, el nivel de angustia es tan intenso que todo el equipo se bloquea y paraliza. Entonces comienzan las reacciones viscerales, las

sobreactuaciones, las inhibiciones abandonicas y los fenómenos de escisión de equipo terapéutico. Esto último significa que el equipo comienza a funcionar como la familia patológica de los pacientes. Se divide en grupo terapeutas “malos” y punitivos y otros “buenos” y rescatadores. A partir de ese momento todas las respuestas que se dan únicamente refuerzan el funcionamiento patológico. Por eso, es necesaria la existencia de espacios de terapia individual para el terapeuta, supervisión de casos y uno de específico de supervisión de equipo.

Psicoterapia individual:

En las sesiones individuales se van a reproducir las conflictivas que remiten a los sistemas diádicos. El primer sistema diádico de la vida de un ser humano es la relación madre-hijo. Por tanto, es un espacio privilegiado para movilizar las heridas de la escena primigenia. Esto se va expresar en el vínculo terapéutico, a veces como escena manifiesta y en otras como escena latente. Así, aparecerá la idealización como un deseo desproporcionado de amor, el odio, muchas veces expresado como una hipersensibilidad al rechazo, o el abandono, como forma de evitar una indiferencia y un vacío intolerable. A nivel técnico, procesaremos siempre los conflictos cotidianos que trae el paciente, pero con el objetivo de que explore su posición de poder. En ocasiones, la propia relación terapéutica se convierte en escena manifiesta a trabajar. Para romper la posición de poder nuestra actitud ha de ser directiva. Nos injerimos en el sistema, ejerciendo



la función parental necesitada, pero sin una pérdida del rol, que sólo generaría confusión. Si el paciente tiene una estructura borderline de alto funcionamiento se podrá realizar un psicodrama vertical y abordar conflictivas biográficas, pero en ocasiones resulta imposible. Al injerirnos en el sistema rompemos la dinámica vincular de poder. Esto puede resultar complicado. En ocasiones, el doblaje puede ser útil, pero con frecuencia no nos encontramos una referencia técnica que nos sirva. Podemos experimentar una irritación profunda durante el procesamiento, al sentirnos atrapados en los mecanismos manipulativos del paciente. Yo, en esos momentos, generalmente utilizo mi agresividad al servicio de la escena, con frases tales como “si quieres hacerme perder el tiempo, no estoy dispuesto...”. Si la persona refiere que desea llegar a este el final, bloqueo desde mi injerencia cualquier posibilidad de huida del sufrimiento, hasta que finalmente se produce la ruptura. Entonces aparecen angustias intensas. En este punto, es necesario contener, con la palabra o con el propio cuerpo. Si hemos logrado dar una respuesta contenedora, la angustia se reduce. A partir de ese momento introducimos técnicas de rematrización con objeto intermediario. Escogemos un cojín que represente al paciente de bebé. Quizás en las primeras sesiones sea todo un reto que pueda sostenerlo, pero, poco a poco, empezará a cuidarlo y a nivel emocional comenzarán aparecer sentimientos de calma y alivio. El paciente suele pasar por diferentes fases en la sesión, rabia, miedo, vacío, tristeza y finalmente alivio. Poco a poco, las dinámicas de poder se vuelven menos fragmentarias, mostrándose un personaje

de supervivencia más estable, quizás aquel que le sirve conmigo. La necesidad de injerencia en el sistema y del uso del objeto intermediario es cada vez menos necesario, ya que va a ir adquiriendo herramientas de autocompasión y autocuidado que le permiten modular la emoción. Una fase fundamental en la sesión es el eco. Toda experiencia escénica se debe traducir en co-construcción narrativa de lo sucedido, en el que el sujeto elabora y el terapeuta proporciona lenguaje. No olvidemos que las heridas primarias se producen en una fase del desarrollo pre-verbal. Por tanto, el paciente experimenta sentimientos y afectos intensos que no puede expresar de forma simbólica. La elaboración narrativa permite que se empiecen a crear nexos entre experiencia, emoción y lenguaje.

La máscara blanca y el encuentro con uno mismo:

L. es una mujer de 29 años. Abusa de cannabis y alcohol. Procede de una historia familiar traumática, donde existe una gran prevalencia de abuso de alcohol, delincuencia y violencia. El padre falleció cuando ella tenía apenas 3 años porque tenía una relación extramatrimonial y el marido lo descubrió. De esta manera, le golpeó la cabeza con una piedra y murió. Ha tenido una vida inestable con abuso de tóxicos, intentos de suicidio y todo el mundo la clasifica como explosiva y a veces violenta. Su vivencia esencial es un sentimiento de culpa profundo. Yo la conozco en una consulta psiquiátrica convencional, pero dedico mucho tiempo a hablar de la historia de su familia. Ella lo siente como un cuidado, ya que por primera vez hay un profesional que no la culpabiliza. Pasan dos años de



aquel encuentro. La paciente presenta una recaída en el abuso de alcohol y de cannabis, en el contexto de una ruptura de pareja, por lo que decide el ingreso en una Comunidad Terapéutica, pero pone una condición, quiere hacer una psicoterapia conmigo. Generalmente trae conflictos interpersonales que se producen en el seno del dispositivo en el que hace tratamiento. Yo la empujo a explorar su posición de poder e introduzco técnicas de rematrización con objeto intermediario. Sin embargo, el cambio de inflexión se produce un día que decido que ella construya con papel una máscara blanca. Comienza a hablar con la máscara y empieza experimentar una angustia muy primitiva, frente a la cual no puede emitir palabras. Entonces vuelvo a introducir la rematrización, pero ahora la experiencia es diferente. Se produce una calma irracional, no sujeta a ninguna introspección, simplemente a un sentimiento insólito de estar consigo misma en una forma de vínculo diferente. Poco a poco, le fui retirando la medicación. Aprecié que empezaba a faltar a algunas citas, unido a que los conflictos que surgían en la comunidad terapéutica los resolvía con gran solvencia. Entonces me di cuenta que había llegado el momento de despedirnos. Consistió en dos sesiones de duelo muy estructuradas, que poco tenían que ver con aquella joven caótica, temerosa y autodestructiva. En la primera se despidió del padre y en la última lo hizo de mí. Han pasado los años y L. continúa estable, sin consumir tóxicos y sin tratamiento farmacológico, afrontando los avatares de la vida de forma madura y constructiva.

Psicoterapia grupal:

Para que un paciente borderline pueda integrarse en un grupo debe tener un vínculo sólido con el terapeuta que ejerce la coordinación. Por eso, resulta tan importante el inicio previo de la terapia individual. En general, el individuo va a trabajar inicialmente sus dificultades en el contexto diádico y posteriormente tendrá valor suficiente para llevarlo al grupo. La intervención grupal va a ser mucho más potente desde un punto de vista terapéutico, ya que no sólo se moviliza la matriz de identidad diferenciada e indiferenciada, sino también la matriz familiar y social. El planteamiento técnico se parece. Suele aparecer un conflicto interpersonal con los padres, hermanos, pareja... De forma tética, elige a los auxiliares. El trabajo se inicia como un psicodrama horizontal del conflicto planteado. Debemos ser sensibles como directores al uso que se hace de la palabra en la escena, ya que con frecuencia se utiliza de forma resistencial a modo de pseudodramatización. Esto nos llevará a determinar si el trabajo ha de plantearse como una dramatización, una escultura o incluso un diálogo sin palabras. A veces, comienza siendo una dramatización, pero al comprobar que se está pseudodramatizando decido frenarla y usar una escultura. En el procesamiento inicial de una dramatización de un paciente borderline suelo utilizar el cambio de roles, con dos objetivos, promover el caldeamiento del auxiliar y facilitar la toma de conciencia de la posición de poder. Habitualmente a partir de ese momento me centro en el mecanismo de poder que se ha visualizado. Enfatizo la posición de poder por medio de técnicas proxémicas



y corporales, como el uso de una silla en la que se sube. Así, puede tomar conciencia de la soledad y también de su inseguridad. Con frecuencia utilizo al grupo para que recree a partir de un movimiento espontáneo lo que les genera la posición de poder del protagonista. Yo suelo describir con la palabra aquello que se está produciendo en el espacio escénico, habitualmente de forma provocadora “contempla como estás alejando a todo el mundo de tu lado.”, “los estás echando a todos, así nadie te puede tocar”. Si la persona decide abandonar la posición de poder, comenzamos con un abordaje psicodramático vertical. En la renuncia de la posición de poder aparece angustia intensa, llanto y dolor. A veces, la persona puede empezar a esclarecer determinadas escenas biográficas, fragmentarias, en las que se engendraron las herramientas de poder. En este caso, se trabaja la escena biográfica. Suelo reproducir la escena biográfica original, en la que el protagonista recrea al niño abandonado y atemorizado. A partir de ahí, el protagonista se desdobra en el niño asustado y el adulto que observa la escena desde fuera. El adulto enseña al niño como defenderse de otra manera de esa situación. Los miembros del grupo que no están participando en la escena biográfica ayudan al protagonista por medio de la multiplicación dramática. La escena biográfica suele finalizar con un gran dolor, por ejemplo, asumir que sus padres no le quisieron. En ese momento podemos utilizar el objeto intermediario que representa al bebé, pero tiene mucha mayor potencia utilizar al grupo como matriz. Así, el protagonista con su sufrimiento se va acercando a cada integrante del grupo. Cada miembro puede hacer aquello que le surja. Mi

única consigna es que no se utilice la palabra. Habitualmente el protagonista recibe empatía, aceptación y afecto. Esta escena no sólo es una especie de rematrización grupal, sino que además actúa como escena reparadora de la que se había planteado inicialmente, cuando desde el poder todo el mundo se alejaba. Si decidimos utilizar un objeto intermediario que represente al bebé, es importante que sigamos una secuencia. Primero, el protagonista intenta cuidar de sí mismo. A veces, se producen reacciones viscerales, por ejemplo, estampa al bebé contra el suelo. Es importante frenar esa conducta y pedirle que sólo lo sostenga durante unos segundos. Después el bebé es cuidado por otros miembros del grupo, a modo de multiplicación dramática. Si la persona es incapaz de realizar un acto de cuidado aún, entonces un miembro del grupo que él designe, le enseñará a realizar el cuidado. De esta manera, el auxiliar primero lo sostendrá, luego se lo dará y le enseñará cómo hacerlo él mismo. Más tarde le instruirá en cómo abrazarlo, mirarlo o besarlo... A veces al abandonar la posición de poder no aparece escena biográfica, sino un comentario, una metáfora o algún hilo sobre el que tirar. Aún recuerdo una escena en la que apareció una metáfora de la casa. Le pedí a la paciente que construyera su casa. Era una vivienda vacía. Esto le permitió conectar con que no había nadie y con su sensación de que nadie la quería. Este trabajo creativo permitió llegar al mismo punto que en el caso de la escena biográfica, pero por otra vía. Con cierta frecuencia el o la protagonista al abandonar la posición de poder, aparece una angustia muy intensa y un bloqueo. En esos casos pido a cada miembro del grupo que haga un doblaje.



Cada doblaje es representado con una silla vacía. Por ejemplo, me siento sola y desamparada, ante este doblaje introduciré una silla que represente el desamparo. Una vez que se han colocado todas las sillas, el protagonista representa la soledad, la rabia, la tristeza... Cuando no puedo utilizar tampoco los doblajes porque la parálisis no sólo está en el protagonista, sino en todo el grupo, simplemente hacemos un paseo por la sala, que recrea un espacio vacío. En realidad, intento intensificar el mensaje que el grupo dio al alejarse cuando se encontraba en la posición de poder. Pido que, a través de un psicodrama interno, durante el paseo, conecte con las personas que lo acompañaron en el transcurso, las que están, las que se marcharon, las que traicionaron, las que prometieron y no cumplieron, las que lo sorprendieron... Esta conexión emocional con el vacío le lleva al mismo lugar que en la escena biográfica, en el diálogo emocional a partir de los doblajes o en el trabajo con metáforas. Si el procesamiento de la escena lo inicio con una escultura, la movilización inicial puedo realizarlo por medio de un doblaje, un espejo o un cambio de roles. A veces, el auxiliar en la escultura realiza un soliloquio desde lo que siente en la posición que está. Estas técnicas se asocian con lo que sería un procesamiento habitual de una escultura, pero el fin es el mismo que cuando uso la dramatización, contactar con la posición de poder subyacente, que va a ser el foco de la intervención. Para la resolución de la escena existen dos finales posibles. Si la persona ha hecho un cambio muy significativo, terminamos donde empezamos, con el conflicto inicial. Si el trabajo ha sido más parcial, volvemos a la posición de

poder inicial, representado por la escultura o de forma simbólica, subido encima de la silla. Planteo si desea abandonar ese lugar o no. Si decide hacerlo, la escena concluye ahí, el grupo abraza y refuerza al protagonista, que, en general, se encuentra triste, lloroso, pero agradecido y esperanzado. Si no se atreve a renunciar al poder, hacemos una pequeña escena imaginaria con el conjunto del grupo, en la que el paciente va a experimentar aquello que ha decidido perderse por su temor. Lo más habitual es que el grupo en su movimiento represente interacciones amorosas. Posteriormente se pide al paciente que vuelva a su posición de poder. Es importante que cuando el protagonista contradice mis expectativas como director o los deseos del grupo, no se produzca un rechazo, sino una aceptación genuina de su libertad de decidir, en este caso, de mantener la posición existencial que le daña. En el eco grupal, a partir de las resonancias, se va a asociar la experiencia emocional vivida en la escena con una nueva narrativa. No olvidemos que debemos ayudar al paciente a asociar experiencia, emoción y lenguaje, proceso que otros han denominado mentalización. Cuando la escena del protagonista ha generado un movimiento lo suficientemente intenso como para transformar la conflictiva grupal en su conjunto, observaremos que todos los miembros del grupo se sientan durante el eco en una posición diferente a la que ocupaban en el caldeamiento. Este es un indicador de que se puede producir la catarsis de integración, pero no ocurre siempre, ni de forma sistemática. El grupo de psicodrama del Hospital de Día en el que trabajo genera grandes filias y fobias. Sin embargo, presenta una adherencia



muy alta. Una vez que concluye el primer año de tratamiento los pacientes pueden decidir de qué días de tratamiento quieren prescindir, como forma de desvincularse del dispositivo de forma paulatina. Casi todos los pacientes mantienen el grupo de psicodrama hasta el final del tratamiento, a pesar de la ambivalencia que les produce.

El grupo no se deja seducir por lo siniestro:

M. es una mujer de 28 años, que ha sufrido abusos sexuales en la infancia. Además, presentó una etapa infantil muy abandonada, en la que los padres, muy insuficientes, estuvieron poco presentes. Al llegar a la adolescencia comenzó con conductas de restricción de la ingesta y autolesiones repetidas. Durante las primeras sesiones individuales aparece una escena primigenia de vacío. Trae al grupo toda su experiencia de abuso sexual. Lo planteamos en escena. Parece que existe un deseo de que el abusador se disculpe, pero en realidad el grupo siente que usa el trauma como forma de poder desde abajo. Por tanto, no reacciona y le dejan conectar con el vacío. La paciente se derrumba y empieza a experimentar intensas vivencias de soledad. A partir de ese momento el grupo comienzan a responder de forma intermitente, a veces cuida, pero cuando ella se angustia mucho por la proximidad, se alejan y esperan. Se crea toda una escena silenciosa de acompañamiento en el vacío. El trauma pasa a un segundo plano. A la semana siguiente la familia refiere que últimamente está más cariñosa, buscando el contacto físico permanentemente. Sin embargo, los familiares son incapaces de responder.

Esto hace que deposite masivamente sus necesidades afectivas en el grupo, que continúa haciendo lo mismo, acompaña, escucha y aguarda. Finalmente, en el grupo de psicoterapia, que es verbal, la paciente comienza a hablar de sus experiencias abandonadas infantiles. El sentimiento que envuelve a todo el grupo es de tristeza, pero continúan haciendo lo mismo, acompañan, escuchan y aguardan.

Terapia familiar:

Como ya dijimos, nos encontramos una familia escindida. El clima es conflictivo. Existen “buenos” y “malos” (verdugos, víctimas y rescatadores). Sabemos que la escisión es el mantenedor homeostático del sistema. La sesión suele comenzar con ataques permanentes de unos miembros a otros. Debemos ser cuidadosos en la convocatoria. Si sabemos que ha habido abusos físicos o sexuales, debemos excluir de la terapia familiar al perpetrador, para evitar una retraumatización. Es importante utilizar la redefinición. Antes o después, sucederá algo en sesión, que nos permitirá establecer una hipótesis. A veces, se trata de una verbalización, otras de un movimiento inesperado o de un detalle sutil a nivel no verbal. Debemos entender que la dificultad concreta de la familia en el aquí-ahora siempre se va a enmarcar en un conflicto más amplio, pertenencia frente a individuación. No debemos procesar una escena, si no tenemos una hipótesis clara o si percibimos que la familia lo está trabajando adecuadamente. Recientemente una familia con un hijo adolescente con disrupciones de conducta graves se encontraba en sesión muy paralizada. Yo no sabía qué hacer y



comencé a pensar en alguna técnica proyectiva, como el cuento grupal. De repente, pregunté al hijo por sus planes de futuro y el clima cambió. El ambiente conflictivo se transformó en un diálogo calmado sobre lo cotidiano. De repente, apareció una temática familiar que todos compartieron, el cuidado de las mascotas. A través de esto pudieron hablar de las fortalezas y defectos de cada uno de ellos. No cabe duda que el sistema había encontrado su propia herramienta para poder realizar un trabajo integrativo y romper la escisión. En este caso, la mejor intervención fue no hacer nada y esperar. Sin embargo, en ocasiones, la familia se encuentra bloqueada, pero la hipótesis de trabajo resulta muy clara. Ahí, comienza trabajo escénico. Yo generalmente utilizo diferentes iniciadores de la escena. Puede ser una escultura familiar, un encuentro en el centro de dos miembros, el uso de una silla vacía que representa a un miembro ausente al que los otros dan voz, la dramatización de una metáfora o simplemente colocarse libremente en el espacio. A partir de ahí, cada miembro comienza a realizar un soliloquio de cómo se siente. El soliloquio es importante, ya que no permite entrar en el reproche al otro y evita la reiteración del mecanismo de escisión. En este momento también se usa el doblaje, el cambio de roles cuando el nivel de conflicto es bajo o la técnica del espejo. Todas estas herramientas propician que el miembro más conectado traiga como sentimiento la tristeza. Esta se empieza a propagar como una epidemia por todo el sistema y aparecen contenidos de duelo. El duelo hace que el sistema se reaglutine desde una necesidad de apoyo de cada miembro. Esta nueva escena familiar sustituye a la escisión como

elemento de cohesión. Así, se produce una nueva fusión, pero en ella los miembros de la familia aprenden a través del contacto con el otro a tolerar la separación y la pérdida. Por tanto, es una fusión paradójica, ya que al unirse se está produciendo un aprendizaje que permite que se puedan separar. De esta manera, la familia pasa de ser un sistema patógeno a una matriz del desarrollo. Se produce una resolución del conflicto pertenencia-individuación, a más pertenencia, más individuación. Esta secuencia se va a repetir de forma reiterada sesión tras sesión. El conflicto concreto que actúa como iniciador de la escena cambia, pero el trabajo psicodramático tiende a concluir siempre de la misma manera, con este encuentro en la tristeza. La fase de eco es igualmente esencial, ya que permite pasar de una narrativa escindida, construida en el transcurso de los años en base a numerosas experiencias dolorosas, en una narrativa de duelo integrada a partir de una experiencia novedosa e insólita.

Finalización de la terapia:

La finalización es diferente en procesos de tiempo limitado o limitado. Si el tiempo ha sido suficiente, el paciente empieza a formular sus propios proyectos. Habitualmente al terapeuta le resultan descabellados. El paciente asume el riesgo de realizarlos en contra del criterio del terapeuta y al final le salen bien las cosas. Este es un indicador de que el final ha llegado y que ya no te necesita más. Si el tiempo ha sido insuficiente, es el terapeuta el que decide



el final. Esto genera una exacerbación sintomática, pero el terapeuta mantiene la fecha de finalización, sin dejarse manipular desde el síntoma. El postalta con frecuencia es una fase dura. El paciente revive su drama anterior, pero en esta reproducción del pasado descubre de forma insólita que posee recursos diferentes para el manejo de angustias tan intensas. Generalmente, después de 6 meses tras el final, el paciente ha logrado construir una posición existencial diferente. Personalmente prefiero la primera situación, pero en algunos casos esta segunda vía es necesaria para abordar una situación de profunda dependencia en el vínculo terapéutico. Posteriormente la relación suele continuar. El terapeuta se convierte en un referente de cuidado. De esta manera, los pacientes llaman por teléfono o hacen visitas cuando se sienten muy angustiados, a veces piden una sesión puntual de refuerzo. Esto nos muestra que la idea psicoanalítica de la internalización de una nueva figura materna no es real. Más bien los pacientes aprenden durante la terapia a gestionar un vínculo de cuidado y el receptor de esta necesidad es aquel que esté dispuesto y disponible, que en muchas ocasiones es el propio terapeuta, aunque la relación haya finalizado hace tiempo. No obstante, existen otras posibilidades. A veces, dos miembros del grupo establecen una relación casi familiar, en el que uno de ellos adopta una posición materna. En el transcurso de mi experiencia he conocido a pacientes que me llamaban por teléfono insistentemente porque necesitaban apoyo para sostener a otra persona, con la que habían establecido una relación maternal durante el proceso de grupo.

Bibliografía:

- 1) Baer Mieses, S.; López Barberá, E. *Terapia familiar sistémica estructural-psicodramática*. Revista vínculos. Nº 1. 1990-1991
- 2) Bateman, A. W. y Fonagy, P.: *Mentalization-based treatment of BPD*, Journal of Personality Disorders, febrero de 2004 **18** (1): 36-51.
- 3) Cancrini, L. *Océano Borderline: Viajes por una patología inexplorada*. Editorial Paidós. Barcelona. 2007.
- 4) Kernberg, O. *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Editorial Paidós. Barcelona. 2001.
- 5) Kernberg, O. *Trastornos graves de personalidad*. Manual Moderno. México DF. 1992.
- 6) Linehan, M. M.; Tutek, D. A.; Heard, H.L. y otros: *Interpersonal Outcome of Cognitive Behavioral Treatment for Chronically Suicidal Borderline Patients*. The American Journal of Psychiatry, diciembre de 1994 **151** (12): 1771.
- 7) López Barberá, E. *Técnicas activas: más allá de la palabra, más allá de la actuación*. Revista Mosaico. Febrero 2015. 60 (40-53).
- 8) Población Knappe, P. *La escena primigenia y el proceso diabólico*. Informaciones psiquiátricas. Nº 115. 1989.
- 9) Población Knappe, P. *Las relaciones de poder*. Fundamentos. Madrid. 2005.
- 10) Población Knappe, P. *Manual de psicodrama diádico. Bipersonal, individual, de la relación*. Desclée de brouwer. Bilbao. 2010.
- 11) Yeomans, F. E.; Clarkin, J. F.; Kernberg, O. *Psicoterapia centrada en la transferencia. Su aplicación al Trastorno Límite de la Personalidad*. Desclée de Brouwer. Bilbao. 2016



Invisibles/Crisálida

“Se calcula que en España hay más de 40.000 personas que por distintas razones de la vida, no tienen un lugar dónde sobrevivir. ¿Qué haces con quién está tirado en la calle, entre cartones o tirado debajo de un puente, o en un cajero automático? ¿Te han planteado cómo ha vivido un sin techo esta situación? ¿Qué ocurre con quién no tiene nada y vive en la calle?” (https://www.cope.es/programas/la-linterna/el-tema-del-dia/noticias/ifema-una-salvacion-para-david-dormia-cajero-decian-que-abi-podia-seguir-20200507_710501)

El día 20 de marzo de 2020 abrió las puertas el pabellón 14 del recinto ferial de IFEMA, un dispositivo de emergencia, el hogar para 150 personas en situación de calle. “Un lugar de protección y de cobijo”. Todos varones mayores de edad con distintas historias y experiencias de vida: chicos jóvenes marroquíes, hombres de otros países de origen (Rumanía, Colombia o Ecuador) de otros lugares o rincones de España (Sevilla, Cádiz, Barcelona). Gente que llevaba años sobreviviendo en la calle. Otros que habían venido a España de vacaciones y se encontraron con las fronteras cerradas. También personas que habían sido altas en unidades de psiquiatría, en el hospital de campaña o en hoteles medicalizados que no tenían dónde ir.

(<https://diario.madrid.es/blog/notas-de-prensa/el-ayuntamiento-habilita-ifema-para-acoger-a-150-personas-sin-hogar-durante-la-crisis-del-coronavirus/>)

150 formas de vida, qué riqueza humana y qué potencial tenían cada una de las personas que allí vivía.

(https://www.atresplayer.com/antena3/noticias/especial-coronavirus-a3/mayo/06-05-20_5eb1e2a17ed1a899d2e7e627/).

“Pensar en un confinamiento de 150 personas, en situación de calle, sin hábitos de convivencia, sin rutinas, con todas las características individuales y contextuales de cada uno, es algo imposible de describir si no lo has vivido.” (Auxiliar)

Pero ¿Qué pasó con el resto de personas que no tuvieron el privilegio de estar en el pabellón 14? “Más de 600 personas aguardaban a que produzca una baja para ocupar su puesto”. (<https://ctxt.es/es/20200401/Politica/31947/sin-hogar-ifema-pabellon-corpfin-capital-albergues-coronavirus-gorka-castillo.htm>).



Lo desconocido se fue volviendo conocido. Los profesionales fuimos desempeñando nuestro trabajo por y para la gente que vivía en el pabellón. En la cúspide de la pirámide, el Coordinador General figura ausente-presente en los encuentros con los medios de comunicación y altos cargos de la institución. También en las reuniones de equipo que posteriormente decidió suprimir ya que estaba latente lo que pasaba dentro del equipo y en el pabellón “De lo que no se habla, no existe”. 2 coordinadores de mantenimiento/intendencia: un hombre que no quería librar, estaba todos los días en el pabellón. Se encargó de las relaciones institucionales con las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, proveedores, donaciones y empresas con poderío de la comunidad de Madrid. Y una mujer que se movía de un lado a otro del pabellón siguiendo sus órdenes. 1 coordinadora de turno de tarde con la mirada puesta en un parque infantil, convirtió el pabellón en un patio de colegio dónde estaba presente todo tipo de juegos. 2 coordinadoras de turno de noche, trabajadoras sociales que no ejercían como tal, sobrevivieron a las noches realizando trámites burocráticos. No asistían a las reuniones de equipo por lo que su visión del turno de mañana es que sólo realizaban talleres y actividades.



Un ambiente distinto, la noche, esa franja temporal en dónde en la calle “se está alerta, porque puede pasar cualquier cosa”. 2 psicólogos

que no coincidían en turno con una ratio de 1 para 150 personas. Realizaban funciones también de coordinación y se necesitaba su firma en los permisos de salida para “salir” unas horas del pabellón. Una chica “la de los talleres” que sólo quería organizar actividades dentro del pabellón y un chico “el investigador” centrado en medir el desgaste emocional de los profesionales que realizaban turnos de 12 horas diarias. 1 coordinadora de fin de semana “el topo, la enchufada” o el chivo expiatorio de la gran familia en la que nos convertimos. 1 médico voluntario centrado en el modelo biologicista, que consiguió medicación psiquiátrica y metadona desde distintos lugares. Enfermeras en distintos turnos que brillaban en ausencia del médico, realizaban su trabajo con poco material sanitario.

“Eché en falta un balón de resucitación, una cánula guedel, una bala de oxígeno con sus respectivas gafas nasales o mascarillas. El tener este tipo de material a mano puede salvar la vida de una persona” (Enfermera).

No se realizaron PCR y tampoco teníamos EPIS (equipo de protección individual) para todos los trabajadores. Las mascarillas eran insuficientes, una por trabajador y para un turno de 12 horas. Los guantes de la talla pequeña se acababan rápido y sólo podíamos encontrar de la L o XL. A las personas que vivían allí no podíamos entregar mascarilla ni guantes, sólo ofrecíamos a los que “salían” a la calle ya que fuera de la realidad del pabellón era necesario para todas las personas. Un día uno de los coordinadores tuvo que acudir con su coche a por más material a nuestro hermano gemelo el polideportivo Marqués de Samaranch dónde vivían otras 150 personas y cerró sus puertas a mediados de julio. Un lugar más pequeño, con normas rígidas, sólo se podía hablar con las personas que allí vivían para lo estrictamente necesario.

<https://www.elmundo.es/madrid/2020/03/28/5e7f85bdfdddf13288b464f.html>



Las personas que estaban con síntomas de COVID se trasladaban a una zona de aislamiento dentro del pabellón. A esa zona acudíamos con trajes creados con bolsas de basura. Estábamos expuestos a un riesgo de contagio real pero aún así seguíamos haciendo nuestro trabajo, nuestra prioridad eran las personas que allí vivían.

“Recuerdo que un chico muy joven, estaba en la zona de aislamiento por posible COVID, aunque lo más posible es que tuviese un síndrome de abstinencia, un día estaba llorando desconsoladamente, entonces mi compañera y yo entramos y le intentamos animar, a lo cual, él reaccionó llorando más y más, por lo que yo, al tener guantes, decidí ponerle la mano en el hombro con el pensamiento de luego tirarlos y desinfectarme las manos, él al sentir el contacto humano y estar en una situación tan tensa, se me abalanzó y me abrazó de una forma que nunca antes nadie había hecho, sentí totalmente por lo que estaba pasando y lo mal que se encontraba”
(Auxiliar)

Educadores, integradores sociales y trabajadores sociales con contratos de auxiliares de servicios sociales que realizaban su trabajo en turnos de mañana de 8:00-20:00 y de noche de 20:00-8:00 con un total de 12-13 personas por turnos. Una parte del equipo se despidió por no superar el periodo de prueba. Pero la realidad pudo ser otra: ser persona de riesgo y no superar el reconocimiento médico, malas formas, agresión verbal a otros profesionales y una auxiliar del turno de noche por quejas sobre la situación vivida en el equipo.

Pasado el periodo de “luna de miel”, como en todas las familias empezaron a pasar “cosas”: Acoso a compañeras auxiliares por parte de un coordinador, crítica constante ante distintas formas de hacer el trabajo, suspicacias, los vínculos y límites se resquebrajaron.

“Profesionales mezclaron su vida personal con la laboral, por lo que existían confusiones entre los usuarios”. Los superiores crearon un clima de favoritismos, segregación y, en definitiva, mal rollo entre el grupo de auxiliares, posicionándose a favor de unas y haciendo evidente la creación de dos bandos, como si aquello fuese el patio de un colegio”. La verdad que eché en falta por parte de muchos de los profesionales, el trabajo en equipo y la empatía tanto entre compañeros como con los usuarios a los que prestábamos servicio. (Auxiliares)

También disponíamos de un servicio de catering con menús variados desde lentejas dos o tres veces por semana hasta comida casera que todos queríamos repetir. Servicio de limpieza o de lavandería. Este último perdió en reiteradas ocasiones las únicas pertenencias de los valientes que enviaban su ropa a lavar. La unidad militar de emergencias se encargó del montaje de las camas y de la instalación de las duchas. Acudían todos los días a desinfectar, durante ese tiempo en el patio se podía disfrutar de distintas actividades: baile, estiramientos, jardinería o partidos de fútbol. Espacios improvisados dónde observar el potencial y la creatividad de cada persona: hacían pulseras, llaveros para vender en el metro, escribían un diario, pintaban o componían letras de canciones.

Venía gente de otros lugares al pabellón: el equipo de calle de salud mental que ordenaba “buscar a los suyos para hablar con ellos”, no tenían tiempo para nada más. ¿Y la persona que necesitaba en ese momento hablar con una psiquiatra? Para eso ya estábamos nosotros... “Nos hemos encontrado con gran diversidad, desbordados y sin el apoyo que necesitábamos de algunos recursos externos”.



El capellán de IFEMA brindó su apoyo espiritual a los fieles y un taxista solidario recogía a personas del pabellón para poder realizar gestiones fuera. Recibimos donaciones de libros para la biblioteca, juegos de mesa, ping-pong, productos de aseo, ropa, bicicletas, balones, camisetas del rayo vallecano o material de papelería con el que fueron decorando su hogar.

“Empezamos desde cero y construimos algo único. En el pabellón 14 he vivido momentos de mucha tensión, incertidumbre, rabia, alegría, pero sobre todo intensidad. Para mí, la palabra que define esos dos meses es esa, intensidad (Auxiliar).”

En un día en el pabellón podía pasar cualquier cosa desde el fallecimiento de un hombre por infarto o un ictus, peleas, agresiones, intentos autolíticos o expulsiones por falta de respeto, robo o introducción de sustancias ilegales dentro del pabellón. Los criterios de expulsión no estaban establecidos por lo que dependían del criterio del coordinador de ese turno. De esto último tampoco se hablaba... estaba presente la culpa, la soledad y el sufrimiento de los trabajadores que no podíamos poner en palabras.

“En el pabellón realmente nos hemos enfrentado a situaciones bastantes desagradables, algunos usuarios se enfrentaban a nosotros, al fin y al cabo, teníamos que realizar una convivencia con mucha gente que tampoco se conocía” (Auxiliar).”

También estaban presente los momentos de risas, conciertos improvisados, feria de abril, celebraciones de cumpleaños, aplausos a las 20:00 de la tarde y resistiré.

“Vi a personas sacar lo mejor de sí y mostrárselo al resto compartiendo un trocito de lo más íntimo de sus talentos”. “Me llevo el poder escuchar a cada uno, sus vivencias”. (Auxiliares)”



En los días previos al cierre del pabellón estuvo presente la tensión, la incertidumbre, el caos y el sufrimiento. Las personas solicitaban “las llaves de los apartamentos”.

https://www.abc.es/espana/madrid/abci-objetivo-alojar-personas-sin-hogar-ifema-apartamentos-tras-crisis-coronavirus-202005100123_noticia.html.

Se preguntó en reiteradas ocasiones a las 150 personas por sus necesidades al cierre del pabellón. Nadie vino a hablar con ellos (Ayuntamiento de Madrid, Samur Social u otros profesionales), sólo se nos informó de las plazas disponibles “libres” en cada uno de los centros de la red de personas sin hogar.

Se jugó a ser dios, seleccionando qué personas debían ir a cada uno de los centros en función de la situación de vulnerabilidad o de si “alguien caía mejor que otro”. Ocurrió la mejor jugada, apareció la libertad. Las personas habían creado redes entre ellos y una gran parte decidió seguir en situación de calle con el otro, un amigo con el que compartir las batallas de la vida. Buscaron pisos, pensiones y apartamentos que podían permitirse entre varios. ¿Estamos ante unos transgresores de un sistema establecido? ¿Para qué se creó el pabellón 14?

El día 31 de mayo de 2020 el pabellón 14 cerró sus puertas, “hubo muchas lágrimas, sentimientos encontrados y muchas historias que asimilar a

posteriori”. Nadie pudo compartir cómo se encontraba o sentía en ese momento “*estaba rota de dolor y sólo necesitaba que alguien me preguntara ¿Cómo estas?*”. La prioridad y la tarea era otra “desalojar el pabellón”.

“La despedida fue dura, éramos una gran familia y ellos te trataban como tal. Y creo que como toda familia es difícil una despedida. “Me ha cambiado bastante la vida y la forma de ver las cosas”. “Tengo una visión diferente de las personas sin hogar, ahora entiendo su sufrimiento y el handicap de ser de una manera u otra siendo los “invisibles” de esta sociedad. (Auxiliares).



“Elegí ser un pajarito, necesitaba sentir el sentimiento de libertad, de volar, de ir a dónde quiero. No es la primera vez que aparece en mi cabeza el deseo de volar, de ir a otra ciudad, de escapar de todo, de viajar durante unos meses, conocer otras culturas, aprender...encontrar mi lugar, mi dirección o mi camino en la vida. Sin ataduras, poder elegir dónde me quiero situar y dónde quiero ir.”

M.R



Isla Canela, Huelva. “Borgy Gabrielli.”.



Pablo nos cuenta historias.

Historias de personajes insólitos, la mar de entretenidas. Historias que hacen historia, provocan risas y enseñan cosas.

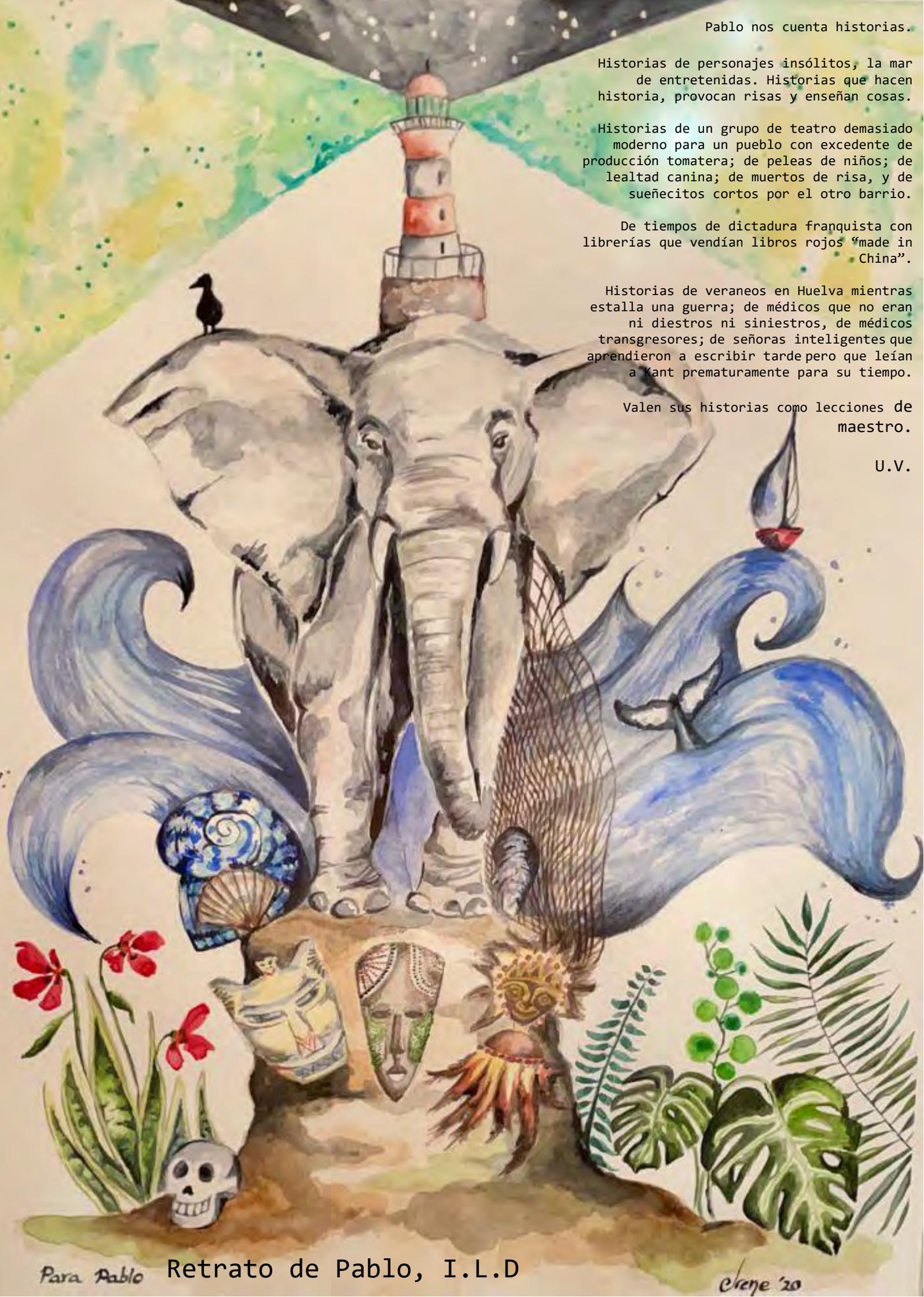
Historias de un grupo de teatro demasiado moderno para un pueblo con excedente de producción tomatera; de peleas de niños; de lealtad canina; de muertos de risa, y de sueñecitos cortos por el otro barrio.

De tiempos de dictadura franquista con librerías que vendían libros rojos "made in China".

Historias de veraneos en Huelva mientras estalla una guerra; de médicos que no eran ni diestros ni siniestros, de médicos transgresores; de señoras inteligentes que aprendieron a escribir tarde pero que leían a Kant prematuramente para su tiempo.

Valen sus historias como lecciones de maestro.

U.V.



Para Pablo Retrato de Pablo, I.L.D

Cene '20