

REVISTA VINCULOS

SEGUNDA ETAPA

Tercer numero

1º cuatrimestre 2010



INDICE

- **Presentación de la Nueva Revista..... Página 3**
- **Pequenos assassinatos
(Sergio Perazzo).....Página 4**
- **Trauma Vicario propuestas para el autocuidado
con dramaterapia
(Pedro Torres).....Página 11**
- **Clasificaciones de los grupos terapéuticos en la práctica
clínica: una reflexión.
(Mario Colli)..Página 36**
- **Juego teatral y Psicodrama
(Alejandra Kreiman).....Página 54**

Amigos lectores de Vínculos,

Con la periodicidad anunciada os ofrecemos este tercer número de nuestra revista Vínculos. Espero que el cuarto número lo podamos lanzar antes del Verano.

En este número ofrecemos un artículo del del Dr. Sergio Perazzo, Maestro Psicodramatista brasileño, un nuevo trabajo del Dr. Pedro Torres nuestro amigo profesor chileno, y la segunda parte de la Clasificaciones Grupales del Dr. Mario Colli psicólogo de Panamá.

En un momento anterior mostré mi interés por recabar las producciones de psicodramatistas jóvenes. Iniciamos este camino con un trabajo de Alejandra Kreiman : “ Juego grupal y teatral” .

En el próximo numero haremos constar la lista de todos los trabajos publicados a lo largo de este curso 2009 2010

Buena lectura

Un saludo Cordial

Pablo Población

PEQUENOS ASSASSINATOS

Autor: Sergio Perazzo(1)

- (1) Psiquita, psicodramatista, professor-supervisor-didata da Sociedade de Psicodrama de São Paulo(SOPSP), credenciado pela Federação Brasileira de Psicodrama(Febrap), autor de diversos livros e artigos de psicodrama

Na época da Guerra do Vietnã chegou ao Brasil um filme, *Pequenos assassinos*, com roteiro de Jules Pfeiffer, um cartunista que se caracterizava pelo seu humor ácido, traços econômicos e textos longos no próprio cartum.

Neste filme, Elliott Gould fazia o papel de um fotógrafo de moda famoso, do Harper's Bazaar, que se entediava com o mundo de futilidades que o cercava e que deixava que o cercasse e que inaugurava uma exposição fotográfica em que o tema era merda.

Isso mesmo, merda! Cocô de tudo que era tipo fotografado caprichosamente pela sua câmara.

Na abertura da sua exposição ele mal disfarçava um risinho de satisfação pelo deboche que jogava na cara daquelas pessoas chiques que desfilavam diante de suas fotos, elegantemente ostentando cálices de martinis e taças de champanhe no coração de Manhattan.

Seu riso vai se transformando em desespero à medida em que percebia que em vez de se chocarem com as fotografias, as pessoas se comportavam como se estivessem diante de flores, nus artísticos ou pássaros. Com o mesmo deslumbramento de uma sensível apreciação estética. Todos vindo cumprimentá-lo com exclamações de *Genial! Genial!*

No encerramento da exposição, ele se encontra totalmente entediado e aniquilado. Mais do que antes. E cercado de merda por todos os lados. A merda em que todos vivem mergulhados já nem incomoda mais. Pelo contrário, vira fonte de prazer.

O filme termina dentro de um apartamento na 5ª Avenida ou na Park Avenue com todas as trancas possíveis, em que, sitiados e a salvo da violência urbana incontrolável, ele, o sogro e o cunhado se divertem às gargalhadas

abrindo uma fresta na janela gradeada da sala e atirando com rifles balas de verdade nos pedestres, na rua lá embaixo, escolhidos como alvos aleatórios, comemorando cada vez que acertam algum deles.

No encerramento do 4º Congresso Ibero-americano de Psicodrama, em Buenos Aires, em 2003, foi pedido que os congressistas de cada país apresentassem para o público uma música que representasse um pouco da cultura da sua terra como um compartilhamento com um certo molho personalizado. Um toque de folclore e de alma nacional.

Como se vivia no Brasil, naquele momento, um certo clima de lulismo, comentei com minha colega do lado, a Mara: *Quer apostar que vai aparecer algum brasileiro propondo que cantemos o “Caminhando” do Vandrê?*

Não deu outra. Em menos de um minuto se aproximou de nós outra colega, a Ceres, exatamente com esta proposta como sugestão de um grupo.

(2) Psiquitra, psicodramatista, professor-supervisor-didata da Sociedade de Psicodrama de São Paulo(SOPSP), credenciado pela Federação Brasileira de Psicodrama(Febrap), autor de diversos livros e artigos de psicodrama.

Reagi rispidamente, recusando a idéia enfaticamente. Devo à Ceres uma desculpa pública, afinal de contas, além de seu convite ter sido muito simpático, bem intencionado e cheio de cumplicidade, ela não deve ter entendido nada da minha reação. E com toda a razão.

Outro dia recebi um e-mail da Marina Vasconcellos, que está organizando um livro de psicodrama de vários autores, em que tenho o privilégio de contribuir com um capítulo, que escrevi e entreguei pronto, em março, com o sentimento de missão cumprida. Agora, quase seis meses depois, ela me pede, por determinação da editora, que envie o mesmo capítulo gravado num CD. Perguntei de volta se a gravação podia ser feita num disquete, comentando irritado que *essas exigências informáticas são para quem não tem nada o que fazer.*

Embora eu não estivesse me referindo à Marina, mas sim a quem inventou essa exigência, e, de novo, peço também desculpas a ela, a sua

resposta, como não podia deixar de ser, foi um revide à altura da minha reação impaciente: *...não que isso seja para pessoas que “não tenham o que fazer”, mas hoje em dia temos que acompanhar a evolução da informática...*

Somente preenchendo os hiatos de comunicação destes dois fatos é que é possível tornar inteligível este texto.

O que motivou a minha reação ao convite da Ceres? Isso é uma longa história.

Eu me formei em dezembro de 1968, três dias depois do AI5 ser decretado. Para os mais novos, a consagração oficial da ditadura. Nos bastidores do Teatro Municipal, no Rio, antes de abrirem as cortinas para a colação de grau, agentes do DOPS (a polícia política) proibiram o orador da minha turma de fazer o seu discurso. Naquele mesmo ano a minha faculdade tinha sido invadida brutalmente pelas forças da repressão policial e política. Durante todo o 5º e 6º anos eu dava plantão num dos mais movimentados hospitais de pronto-socorro da cidade e, naquela época, fazíamos o que o *resgate* faz hoje, saindo de ambulância para atender qualquer ocorrência de rua. Como meu plantão abrangia a tarde de quarta-feira, quando, em geral, eram marcadas as passeatas estudantis, não era raro socorrer os feridos, vítimas da violência policial.

Como estudante que eu era, não podia resistir ao impulso de facilitar a fuga de quem corria dos cassetetes, dos jatos de água fria e do gás lacrimogêneo. Abria as portas traseiras e lotava a ambulância de manifestantes políticos para soltá-los algumas quadras adiante. Guiávamos os feridos, depois de medicados, pela saída do necrotério, nos fundos do hospital, dando para a outra rua, porque havia sala de imprensa e posto policial dentro do próprio pronto-socorro, o que deixava a porta da frente sempre visada.

Em contrapartida, não conseguia aceitar o outro lado de violência ideológica que impregnava também os movimentos ditos de esquerda.

Nelson Rodrigues, apesar de convictamente vestir a camisa de reacionário, título de uma de suas crônicas que batizou um dos seus livros, até negando as torturas praticadas no governo Médici, como cronista da época era uma voz que lutava pela independência do livre pensar, recusando-se a entrar na formatação *progressista* conservada que se exigia dos intelectuais daquele período da nossa história.

Contava em suas crônicas, por exemplo, de como nos ensaios do Teatro de Arena os diretores submetiam o texto das peças à aprovação e crítica de militantes do Partido Comunista, o Partidão, antes de sua encenação, numa perspectiva rígida, estalinista, em que o partido dita as regras não só sem questionamentos, mas, o que é pior, com a ilusão de que os questionamentos eram feitos e aprovados por consenso. Na verdade dependia do que e de quem.

Uma piada da época, retratando estas contradições, definia a diferença entre drama, tragédia e realismo socialista: no drama se tem a cama e não se tem a mulher; na tragédia se tem a mulher e não se tem a cama; no realismo socialista se tem a cama e a mulher, mas a reunião do partido é na mesma noite.

Recordo nitidamente o sofrimento de uma paciente, militante de um movimento político clandestino, que foi obrigada pelos seus dirigentes a mudar de cidade, em outro estado, para se passar por operária de uma fábrica, deixando para trás aquele que considerava o grande e aguardado amor de sua vida. Devia uma obediência cega ao partido como na piada.

Nestes mesmos anos 60 o *Poder jovem*, de inspiração maoísta, era outra linha de frente dos movimentos de contestação. Novamente Nelson Rodrigues, criticando a complacência e a falta de limites com que os intelectuais de esquerda e de direita tratavam e endeusavam a juventude, disparava: *...o jovem tem os mesmos defeitos do adulto mais a inexperiência. Os executivos desempregados de hoje que o digam.*

Por que escolho citar Nelson Rodrigues, assumidamente rotulado como reacionário?

Justamente por encarnar a independência do livre pensar, recusando-se a se enquadrar em qualquer tipo de conserva, seja de um lado quanto do outro e por ter a coragem de proclamá-la alto e bom som, não importa se contrariando a gregos e troianos, sua rebeldia rejeitando qualquer tipo de violência ideológica. Moreniano?

Sempre é bom lembrar que tanto Hitler como Stalin e Mao Tse Tung foram os responsáveis pelos maiores massacres e extermínio de opositores na história da humanidade. Os três, contemporâneos no século XX. O mais trágico resultado desta violência ideológica.

Tudo isso para voltar ao Geraldo Vandré. Antes de *Caminhando* ou *Para não dizer que não falei de flores*, Vandré compôs músicas lindas, chegando a

ganhar o primeiro prêmio no 1º ou 2º *Festival da canção com Porta-estandarte*. Para mim, fala aqui o meu gosto pessoal, *Caminhando* é a pior música do Vandrê. Tanto letra como música. Neste fim dos anos 60 sua produção caiu de qualidade e quase mais nada foi criado depois numa trajetória descendente na qual entraram exílio e drogas. Sem julgamentos.

Logo depois do início da bossa nova com sua incrível renovação rítmica, harmônica e poética, se seguiu um período da música popular brasileira com profusão de letras com conteúdo social e político, que viviam sendo censuradas pela ditadura, muitas e muitas delas infinitamente superiores ao famigerado *Caminhando*.

No entanto, *Caminhando*, por seu apelo fácil, foi a escolhida, não duvido que tenha aí o dedo do Partidão e congêneres (só falta vocês me dizerem que estou com delírio persecutório ou que sou daquele time caquético que jura que comunistas devoram criancinhas), como hino de passeatas. Para mim ficou como hino da imposição e da violência ideológica. Assim como não se faz mais samba-enredo em tom menor porque pode provocar um quê de nostalgia. Tudo tem que ser em tom maior, puxando pra cima e com um refrão acelerado que deixa de ser samba para virar marcha. Aliás, sambar pra que, se o que importa mesmo é o visual da fantasia? Nem precisa mesmo ter molejo na cintura.

Acaba sendo tudo a mesma coisa. A violência da manipulação de um poder. Impondo o *Caminhando* ou o samba-marcha como alavancas massificadoras.

Pouco antes do congresso de Buenos Aires, eu era o 2º sax alto de uma banda de jazz de músicos amadores e certa vez fomos convidados para tocar o nosso repertório num encontro de professores e diretores de escola da rede pública, numa cidade do litoral de São Paulo.

Ensaíamos arduamente o mês inteiro arranjos complexos de clássicos do Duke Ellington e do Tom Jobim. Desmarquei consultório e pegamos um ônibus fretado que veio nos buscar numa tarde de terça-feira. Quando estávamos no palco afinando os instrumentos, os docentes entraram no grande salão de mãos dadas, como em passeata, cantando. O que? Adivinharam. *Caminhando*. Sentimos na hora que não ia dar. Como não deu. Depois do nosso segundo número a platéia se reduziu a meia dúzia de gatos pingados. E olha que a gente não tocava tão mal assim!

Como é que eu podia explicar tudo isso à Ceres em poucos segundos naquele congresso de Buenos Aires? Que, para mim, eu já via o lulismo como uma reedição da violência ideológica sob a batuta de um mesmo hino medíocre conservado, como se viu claramente depois? Que eu lutava para conservar intacto o meu livre pensar e o meu livre sentir sem me deixar rotular pelas mesmas conservas que atravessam e permanecem em todas essas décadas? Sem me massificar? Feridas ainda abertas da minha geração?

O que deflagrou em mim a impaciência com o CD da Marina? Justamente a incorporação do pedido do CD com a naturalidade diante de algo assimilado e parte do dia-a-dia. Não foi a Marina, é claro, uma colega adorável que partilha comigo uma admiração mútua e que amavelmente me convidou para o livro, mas o que tudo isso simboliza para mim.

Abro o computador diariamente e delete uns 55 dos 60 e-mails que recebo por dia. Não tenho celular até hoje porque adoro a sensação de estar inalcançável quando estou na rua e mesmo porque tenho telefones fixos no consultório e em casa, onde passo a maior parte do meu tempo. Quando quero ler, ouvir ou tocar música ou ver um filme, desligo o telefone fixo. Afinal, para que serve a secretária eletrônica? Recuso-me a ser escravo da máquina dentro do possível, estou confessando que às vezes não consigo escapar disso, como todo mundo. Odeio as incursões de assédio do telemarketing de que sou vítima e que invade a minha sala. É como se um vendedor de enciclopédia arrombasse a porta do meu apartamento. Invasão de domicílio. Sabiam que o morador paulistano passa, em média, durante a sua vida, quatro anos no trânsito? E que dizer dos mil formulários de cadastramento e recadastramento de qualquer coisa que entulham a sua caixa de correio como contas que escorrem por baixo da porta da área de serviço?

A velocidade cada vez maior dos meios de comunicação exige a pronta resposta que a cabeça e o coração da gente não podem e não querem dar. Como você não respondeu à minha solicitação de parecer do nosso programa de ensino do ano que vem? Diz o segundo e insistente e-mail. Pelo correio convencional, como? Não acredito que você não aceite receber a minha monografia que você está orientando por arquivo de computador! Você só tem que imprimir 50 páginas deste meu trabalho entre os 10 que você está orientando neste momento. São só 500 páginas!

Fico imaginando quantas obras primas deixariam de ser escritas, compostas, esculpidas ou pintadas se esta frenética exigência de respostas para coisas inúteis existisse no tempo de Camões, Shakespeare, Mozart, Michelangelo ou Van Gogh. Quantas obras de arte deixarão de ser criadas por nossos contemporâneos e descendentes. Afinal de contas, preciso aprender a substituir o disquete pelo CD.

Que foi, efetivamente, o que eu fiz. Fui comprar uma caixa de CDs virgens e, como o meu computador não grava CDs, minha filha é que disse, enviei um e-mail para o computador dela com o texto do mês de março, esperei que ela esgotasse todos os seus programas de adolescente e que abrisse um espaço na sua agenda e o gravasse para mim, para que, junto com uma cópia impressa, eu o enviasse pelo correio convencional depois de enfrentar uma fila de proporções natalinas. Naturalmente, foi um dia em que não tive tempo de cantar. Nos dias de hoje, até mesmo os concursos de poesia limitam o número de estrofes e exigem mil detalhes de formatação gráfica. Ai de Dante, ai de Pessoa, ai de Drummond, ai de nós! Todos desclassificados de cara!

Assim como o CD, um monte de coisas se intromete em nossas vidas de uma maneira tal, que a sensação é de que o dia precisa ter 72 horas para que se dê conta de tudo e ainda sobre espaço para o prazer. Formas subterrâneas de violência. Narizes tentando respirar o ar que está rarefeito de uma melhor qualidade de vida. Tanta análise se faz das causas psicológicas individuais que matam aos poucos o amor, a paixão, a amizade, o tesão... que tal olhar um pouco para toda esta merda que nos cerca e que invade todos os nossos papéis, rótulos e conservas, e à qual nos acostumamos placidamente com um cálice de martini ou uma taça de champanhe na mão antes de começar a disparar a metralhadora das nossas frustrações, indiscriminadamente, pela fresta da janela gradeada no povo andando apressado lá embaixo. Janela da nossa revolta surda.

Pequenos assassinatos.

São Paulo, 10 de dezembro de 2006

TRAUMA VICARIO Y PROPUESTAS PARA EL **AUTOCUIDADO** **CON DRAMATERAPIA ***

Autor: Dr. Pedro Torres-Godoy M.D **

Médico Psiquiatra, Terapeuta Sistémico y Psicodramatista

Fundador y Director Escuela de Psicodrama y Dramaterapia de Santiago de Chile, Edras

*Capítulo 2, Libro “Dramaterapia y Psicodrama. Un encuentro entre el Teatro y la Terapia” Torres P. Editor (2010), Editorial Edras - Universidad de Chile, Santiago de Chile (En preparación).

**.

Profesor Titular Diplomado de Dramaterapia, Departamento de Teatro, Facultad de Artes, Universidad de Chile

Encargado del Programa de Pacientes Psicotraumatizados Agudos, Hospital del Trauma, Mutual de Seguridad de Santiago de Chile

Introducción

Trauma, del griego *trayma*, herida, o *traoo*, atravesar y el término traumatismo, designa las consecuencias de una lesión violenta sobre el conjunto del organismo. Freud y el psicoanálisis, lo incluyo en la esfera psíquica refiriéndose a una herida violenta sobre la psiquis humana y buscaba la curación a través de la abreacción y la elaboración psíquica de las experiencias traumáticas. Posteriormente Freud y Breuer, concuerdan con Janet, al asumir que “algo se

vuelve traumático porque es disociado” y permanece fuera del conocimiento consciente (Cia A., 2001). Otra acepción del término “trauma” viene del alemán *traum*, sueño, en consecuencia, el trauma contiene un vínculo con el sueño en su construcción y en su elaboración. Wolf-Fedida plantea que “así como en el sueño en el cual el paciente tiene que ser capaz en primer lugar de soñar para poder contarlo, en el trauma psíquico el paciente tiene que tener antes que nada la fuerza para enfrentar el recuerdo que le permite relatar los acontecimientos. Hay muchos sueños, girando alrededor de las mismas cosas en una persona. Del mismo modo, el relato del trauma se construye a través de numerosos relatos” (Wolf-Fedida M., 2005)

Los desarrollos posteriores vinculan el trauma con las reacciones de estrés agudo y con el estrés postraumático, una compleja enfermedad de sintomatología polimorfa relacionada con la experiencia catastrófica que vive una persona al verse enfrentada a situaciones de amenaza vital. El psicotrauma sólo en años recientes cobra cada día un mayor número de víctimas al considerar que las experiencias traumáticas hoy, ya no son exclusividad de grandes guerras ni de catástrofes naturales, sino comienzan a formar parte de la vida cotidiana de las personas.

En 1980 el Desorden por Estrés Postraumático es incorporado a la clasificación de enfermedades mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-III).

También se ha ampliado y aplicado esta categoría mórbida no sólo a quienes sufren primariamente el trauma, sino a los testigos de hechos horrorosos, ya sea en términos de imágenes, escuchar relatos traumáticos o incluso leer cartas o documentos de víctimas como por ejemplo de la tortura o violencia política. La prevalencia de personas psicotraumatizadas debería multiplicarse por tres o incluso por cuatro, es decir víctimas y testigos directos e indirectos, sean compañeros de trabajo, familiares, amigos, personal sanitario de servicios de ayuda, e incluso toda la comunidad, cuando la catástrofe alcanza los medios de comunicación masiva y se transforma en noticia.

Autores contemporáneos reafirman que dentro de la teoría psicoanalítica los rasgos centrales de una respuesta traumática a una adversidad extrema son la derrota psíquica y el congelamiento de afectos, con la subsiguiente pérdida de la modulación afectiva y alexitimia secundaria al trauma (Kristal, citado por Cía

A., 2001). Otra respuesta extrema a la exposición ante agentes estresantes de carácter masivo, son la disociación y la desorganización.

La disociación es planteada por Janet como un mecanismo de defensa psicológico mediante el cual el organismo reacciona frente a traumas que lo sobrepasan. Los recuerdos e ideas fijas referentes a la experiencia traumática pueden escindirse del percatamiento consciente dando por resultado una amplia variedad de síntomas disociativos. Janet consideraba la disociación como un tipo de técnica de evitación mental o huida, siendo la amnesia resultante del suceso traumático el rasgo clínico más característico de la disociación patológica. La idea de la disociación como mecanismo adaptativo anti-traumático permaneció en el olvido por más de medio siglo, siendo rescatado en años recientes por investigadores que correlacionan la presencia de estos síntomas, con el antecedente de abusos sexuales en pacientes que en la vida adulta desarrollan conductas bulímicas (Vanderlinden J., Vandereycken W., 1999)

El extremo de la disociación lo vemos en síntomas tales como despersonalización, desrealización, trastornos de la percepción y/o de la temporalidad. Las víctimas mantienen una relación particular con el tiempo. Fuera del tiempo, catapultados en otra dimensión temporal, no pudiendo reintegrarse al presente. Puesto que la identidad del pasado ha sido destruida por el trauma, la del futuro resulta inconcebible, ya que carece de soporte. Las víctimas “no pueden alcanzar el tiempo”.

La despersonalización, por otro lado, ha sido vinculada con el síndrome de burnout (o de “estar quemado”), observado en los trabajadores de servicios asistenciales humanos. Frente a demandas de alto impacto emocional la persona adopta una actitud de distanciamiento, frialdad e hiperracionalidad. La despersonalización se describe como la actitud fría, cínica y distante que puede culminar con el maltrato o abuso del demandante (persona que consulta). A esto se ha llamado deshumanización de la atención sanitaria, una especie de clonación conductual en donde la víctima, es doblemente maltratada y el personal de salud e institución, se transforman en nuevos victimarios, proceso que se conoce con el nombre de re-traumatización. La conmoción psíquica se agrava con el aislarse de la comunicación y de la socialización. Planteado como un continuo que va desde la disociación pasando por la despersonalización

(desrealización), hasta la deshumanización, nos parece que esta línea evolutiva puede transitarse en ambos sentidos, bi-direccionalmente, es decir hacia la patologización emocional-conductual, como hacia la salud, cuando, por medio de técnicas dramáticas y teatrales, que es nuestra propuesta de autocuidado institucional, damos la posibilidad de que el paciente o quien requiere la ayuda, (en este caso quien sufre del síndrome de disociación/despersonalización, independiente de si es usuario externo o interno de un sistema), pueda recorrer el camino inverso, hacia la integración y organización emocional / conductual en compañía del grupo.

Algunos aspectos clínicos a considerar

Si revisamos con atención los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, respecto del Trastorno de Estrés Agudo (TEA) y del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), podemos observar que, si bien los criterios diagnósticos son similares, en términos generales respecto de estar expuesto a una experiencia límite (criterio A); sintomatología de re-experimentación (criterio C); evitación (criterio D) e hiperalerta (criterio D) , difieren en el criterio B, ya que en el trastorno de estrés agudo, destaca la sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional, reducción del conocimiento de su entorno (como estar aturdido), despersonalización, amnesia disociativa y desrealización, por ejemplo, incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma. En el TEPT, el criterio B se refiere sólo a fenómenos de re-experimentación (Lopez – Ibor A., Valdez M, 2002).

Esta distinción nos resulta particularmente relevante en el momento de actuar clínica y terapéuticamente con el paciente psicotraumatizado ya que hasta ahora el criterio para diferenciar TEA y TEPT es temporal, es decir, si la sintomatología dura más de 30 días de ocurrido el incidente crítico se diagnosticaría TEPT (criterio E). Antes de ese tiempo es TEA. Sin embargo, la observación anterior acerca de la presencia incipiente de embotamiento afectivo, disociación, despersonalización y desrealización, sumado a severa sintomatología evitativa, lo cual avalamos a partir de nuestra experiencia clínica con más de tres mil atenciones de pacientes agudamente psicotraumatizados en el período Diciembre de 2007 a Octubre de 2009, en el Hospital del Trauma de

la Mutual de Seguridad de Santiago de Chile, podemos corroborar lo que algunos autores americanos vienen planteado desde hace solo algunos años: Que es posible que el TEPT, con la presencia inicial de sintomatología disociativa, de despersonalización y de evitación severa, se inicie desde la partida, frente a algunos tipos de traumas, por su particular violencia, en especial agresiones de seres humanos a otros seres humanos, tales como violaciones, torturas, secuestros, asaltos con agresiones de gran violencia y con intención de asesinar a la víctima; ciertos tipos de accidentes carreteros tales como volcamientos o colisiones de camiones de alto tonelaje (Bryant y Cols., 2008). Sumado esto a una cierta vulnerabilidad psíquica de la víctima y la sensación objetiva de encontrarse en una situación límite con la vida y sin escapatoria, más condicionantes de riesgos propios de la cronificación, estudiados previamente, advierten la posibilidad de considerar estas observaciones clínicas en el momento de recibir en la atención de urgencia al paciente psicotraumatizado y diseñar un tratamiento médico y psicosocial oportuno.

Tipos de psicotraumatización

La psicotraumatización puede ser primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria. Esta terminología se homologa a los efectos traumáticos ocasionados por el estallido de bombas y explosiones en víctimas de atentados terroristas que producen lesiones diversas según los efectos deletéreos de la onda expansiva en el cuerpo y en el cerebro, según trabajos realizados por autores colombianos (Rodríguez y cols., 2005).

La psicotraumatización primaria es la que le ocurre directamente a la víctima. La secundaria le ocurre al testigo; es indirecta y contingente, es decir quien, a través de sus órganos de los sentidos, ve, escucha o huele algo relacionado con la traumatización ocurrida a otro. Por ejemplo la presencia de un accidente, o el conductor que atropella a un transeúnte con o sin consecuencia de muerte; el trabajador que escucha un grito desgarrador cuando uno de sus compañeros cae al vacío; o el golpe del cuerpo al impactar en el piso en una caída de altura; el maquinista de ferrocarril que huele el olor del cuerpo destrozado y eviscerado

en las vías, de alguien que fue arrollado por el tren o personal del equipo de rescate tales como bomberos, policías, personal de salud.

La traumatización terciaria es indirecta y puede ser diferida, es decir va en un continuo que dependerá del tiempo que tomará la atención de urgencia para la víctima (primaria o secundaria). Es diferente si atendemos a un paciente cuyo trauma ocurrió en las últimas 24 horas, que otro que nos relatará un acontecimiento ocurrido hace dos semanas, un mes, dos meses, años.

Este tipo de traumatización es la que afecta a la familia de la víctima y a su átomo social más cercano, amigos, vecinos, iglesia y comunidad cercana.

Se reserva exclusivamente la denominación traumatización vicaria, que es un tipo de traumatización terciaria por impacto acumulativo y microtrauma derivado de la práctica profesional cotidiana, para referirnos a lo que ocurre en clínicos, terapeutas o todo personal de ayuda que conocerá el suceso traumático a través del relato, narración o escritos de la víctima primaria, como en el caso de profesionales emergentólogos, de salud mental, jurídicos y policiales, en policlínicos o atenciones de choque, como es el nuestro, en el Hospital del Trauma de la Mutual de Seguridad de Santiago de Chile.

En el caso de escritos, cartas, testimonios o documentos jurídicos, también podrá ser considerada víctima terciaria el juez, fiscal, abogado, asistente social, cuya competencia se requiere frente a casos criminales, penales, torturas de causa política, religiosa u otras.

En la medida que el relato, narración, escrito o testimonio, se aleje más del acontecimiento dramático se diluye, tanto en términos temporales, como en términos de medios de comunicación entre víctima y observador. Por ejemplo el relato vivo contado en las primeras horas posterior a ocurrido el acontecimiento con toda la carga emocional que debe sostener el asistente, va cambiando en intensidad dramática y emocional, en la medida que va siendo contado nuevamente, en reiteradas oportunidades y contextos y de muchas formas distintas. Esto produce un efecto, a nuestro modo de ver, de contención emocional por un lado, y potencialmente de desborde y retraumatización por otro, si el manejo es inadecuado por parte de la institución. La narración va siendo agenciada por la red social, muchas veces rutinizada, trivializada, normalizada, desritualizada y finalmente olvidada. O sea un camino dramático que va desde el relato vivo hasta la muerte de esa historia.

Habrán excepciones sin embargo, como aquellas que quedarán siempre en la mente de las víctimas, tales como padres que han perdido a sus hijos por criminalidad, suicidio, negligencia ciudadana en atropellos o institucional en muertes inexplicables o errores de procedimientos médicos o jurídicos, violaciones, desapariciones. Y en estos casos surgirán otros victimarios que podrán nutrir muchas veces de por vida, la memoria de las víctimas para nunca olvidar ni perdonar; victimarios que en un momento fueron asistentes generosos y aliados, ahora se convierten en enemigos y odiados, tales como la Justicia, la Institución de Salud, el Estado.

La traumatización vicaria fue descrita por McCann y Pearlman en 1990 para referirse a síntomas traumáticos sufridos por los profesionales que integran equipos que trabajan con víctimas que sufren violencia extrema, tales como violaciones, torturas y diversos tipos de vejámenes, asaltos con violencia, desmembramientos en guerras o accidentes, entre otras (Benelvaz D., 1997). Es una especie de victimización vicaria sufrida por el terapeuta encargado de la asistencia de las víctimas y, por el hecho de ser testigo de tan horribles testimonios, un síndrome de stress traumático secundario, bien descrito por Charles Figley en 1995, para terapeutas familiares, que puede derivar hacia el “estar quemado”, es decir puede ser situaciones contextuales que son antesala para “quemarse” posteriormente en el trabajo. Figley publica el trabajo “traumatización sistémica: trastorno de stress traumático secundario en terapeutas familiares” señalando lo siguiente: “Muchos talentosos terapeutas abandonan su profesión debido a lo estresante de su trabajo o burnout”. Luego anota: “Los mejores terapeutas son muchas veces los más vulnerables. Los terapeutas familiares, debido a la naturaleza y al contexto de su trabajo, presentan, tal vez como grupo, mayor probabilidad de experimentar un tipo de stress relacionado al trabajo, que se denomina TETS (trastorno de estrés traumático secundario), el cual tiene mucho en común con el TEPT (trastorno de estrés postraumático) (Figley C., 1995). Según nuestras observaciones clínicas se trataría más bien de un desorden de estrés traumático terciario (TETT), por las distinciones antes señaladas.

Las características clínicas del TETT son idénticas al TEPT, diferenciándose en que el primero está relacionado con la traumatización terciaria, es decir por ser

oyente de lo relatado por el paciente. Testificación a través de la escucha de relatos horrorosos.

Previamente, en 1974, la investigadora Haley, hija de un veterano de la guerra de Vietnam escribe un interesante artículo sobre los problemas y atrocidades dentro del ámbito terapéutico titulado: “cuando el paciente reporta atrocidades”, para referirse al impacto de las vivencias relatadas por los pacientes sobre el terapeuta.

Volviendo al TETT, si bien es cierto éste presenta, al igual que el TEPT, síntomas en donde se identifica un estresor agudo, re-experienciación del trauma, evitación y hiperactivación persistente, cabe destacar que en el criterio A1 de la categoría diagnóstica del DSM-IV-TR para el TEPT se describe “cuando la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para la integridad física propia o la de los demás”. Se incluye y entremezcla la traumatización directa o primaria con la indirecta o secundaria, y aquí cabe la narración o relato de experiencias que le han ocurrido a terceros.

El criterio A2 de este mismo punto dice “la persona ha respondido con un terror, una desesperanza o un horror intenso”.

Figley es enfático en destacar la diferencia entre TEPT y burnout, aduciendo que la segunda condición se desarrolla gradualmente llegando al agotamiento emocional, mientras que el TEPT emerge súbitamente, sin mucho aviso y a diferencia del burnout, el profesional mantiene un alto sentido de entrega y ayuda, y más bien se siente confuso y perturbado por una sobre-identificación con los sufrimientos de su paciente, con sentimientos de soledad respecto de sus pares, pero aún así, presentando una alta tasa de recuperabilidad, lo que no ocurre en el burnout.

La traumatización cuaternaria es indirecta y definitivamente diferida. Le ocurre al medio social y participan en ella, como agentes promotores y diseminación del trauma en la comunidad, los medios de comunicación de masas, prensa, radio y televisión, y su objetivo es provocar un impacto en la sociedad, globalizar la información y la noticia, pero más que exclusivamente informar, se intersectan en este proceso, complejas superestructuras sociales económicas al servicio del dinero y del poder, que diluyen la noticia al punto de distanciar dramáticamente al testigo público de lo acontecido a las víctimas primarias. Los

medios de comunicación, el periodismo, las profesiones ligadas a la búsqueda de noticias impactantes, deberán, en el futuro reflexionar profundamente acerca de si su quehacer cumple realmente con los objetivos éticos, humanitarios y valóricos, toda vez que ya en la televisión el drama personal o grupal de una colectividad dañada, comienza a ser utilizado para vender más periódicos o ganar más televidentes, lo que genera un distanciamiento afectivo profundo y omnipotente de la sociedad respecto de las tragedias humanas (las personas cuando ven noticias se disocian y dicen: “eso le ocurre a otros, a mí no me ocurrirá”); una deshumanización descarnada; un goce perverso que atenta contra los más básicos derechos humanos de la ética del dolor, que es el respeto y la compasión solidaria.

Neurobiología conductual del psicotrauma

La amígdala es un componente neural esencial en la memoria de eventos cargados emocionalmente, en especial aquellos que incluyen sentimientos de temor y/o miedo.

Esta estructura subcortical es la principal área de procesamiento de las sensaciones extrañas, ya que es activada por toda situación interpretada como no familiar de acuerdo al contexto vivencial de especie y personal. Tiene permanente interrelación con el hipocampo que es el elemento central en el procesamiento de la memoria afectiva y de las respuestas hormonales por regulación directa del hipotálamo. La amígdala es entonces la vedette de la respuesta a situaciones aversivas, actuando el hipocampo como apuntador permanente. La escenografía es hemisférica y siempre variable dependiendo del contexto auto y alopsíquico que vive el individuo en ese preciso momento (Marquez-López Mato A., 2003)

En el desarrollo del miedo y la ansiedad, las aferencias sensoriales llegan principalmente a través de la vía óptica, auditiva, táctil y olfatoria. Las vías auditiva, visual y táctil hacen escala en el tálamo, mientras que la vía olfatoria no lo hace. El tálamo es un filtro de información que aumenta o disminuye esta información y la agrega a las conductas. El tálamo procesa esta información a la corteza, occipital para lo visual, parietal para lo táctil y temporal para lo auditivo. De la corteza primaria pasa a la corteza de asociación unimodal, que es

la encargada de procesar la información en una única modalidad sensorial. De estas cortezas de asociación unimodal va a pasar a las cortezas de asociación multimodales, la parieto-temporo-occipital, la límbica y la corteza pre-frontal. Esta información es integrada, sintetizada y luego procesada y de estas cortezas va a las diferentes áreas que van a ser las encargadas tanto de la expresión, o sea, la signosintomatología, como de la experiencia emocional y de la acción (Kuper E. 2004)

Los principales síntomas del horror, incluido el más intenso, el TEPT, pueden ser explicados por los cambios que se producen en el circuito límbico y que se concentran en la amígdala. Algunos de los cambios claves se producen en el locus coeruleus, que regula la secreción cerebral catecolaminérgica y es el principal responsable de las vías noradrenérgicas ascendentes a la corteza. Estas sustancias neuroquímicas, la noradrenalina y adrenalina, movilizan al organismo para una emergencia, entre otras funciones. La misma catecolamina graba los recuerdos con una especial intensidad.

El locus coeruleus y la amígdala están íntimamente relacionadas con otras estructuras límbicas como el hipocampo y el hipotálamo. El circuito de las catecolaminas se extiende por sus vías ascendentes a la corteza. Se piensa que los cambios en este circuito son subyacentes a los síntomas de TEPT, que incluyen ansiedad, temor, hipervigilancia, al quedar fácilmente perturbado o excitado, la disposición para la reacción de ataque o fuga y la indeleble codificación de intensos recuerdos emocionales.

El TEPT representa un peligroso descenso desde el punto de vista neurofisiológico donde se asienta la alarma, (corteza pre-frontal-tálamo-amígdala). Parece crucial en el sentido en que deja una marca poderosa en la memoria. Cuando más brutales, impactantes y horriblos son los acontecimientos que disparan el asalto de la amígdala, más indeleble es el recuerdo. Así, los recuerdos traumáticos se convierten en gatillos mentales preparados para disparar la alarma al menor indicio de que el espantoso momento esta a punto de producirse nuevamente. Este fenómeno de gatillo es el sello de todo trauma emocional. La base neurofisiológica de estos recuerdos parece ser una profunda alteración neuroquímica cerebral puesta en marcha por una única muestra de terror abrumador (Kuper E. 2004)

Aproximaciones cognitivo - conductuales del psicotrauma y del autocuidado

Desde que Cannon describe en animales en 1929, las reacciones de lucha (*fight*) y huida (*flight*) como respuesta ante situaciones de amenaza, diversos autores cognitivistas han ampliado el rango de respuestas agregando dos nuevas categorías: el desmayo (*faint*), como un tipo de disociación y la parálisis o congelamiento (*freeze*) (Marquez-López Mato A., 2003).

Resulta particularmente interesante para nuestros propósitos de autocuidado de profesionales de la salud y de ayuda, hacer estas consideraciones ya que nos dan un soporte teórico que va desde las ciencias biológicas hasta las conductuales y sociales, respecto del trabajo con psicotraumas.

Un interesante modelo muy acorde con lo clásicamente señalado, respecto de las respuestas ante el estrés agudo, es el modelo dimensional del continuo dilatación (exposición)-constricción (cierre), descrito por Lillibridge y Klukkens en 1978 (Citado por Rubin Wainrib B., y Bloch E., 2000).

En este modelo los autores nos aportan una amplia panorámica sobre los extremos de conducta, cognición y afecto, que se encontrarán en la sintomatología de las personas afectadas por algún tipo de traumatización, directa o indirecta (vicaria), y que dará pistas para generar aproximaciones terapéuticas. De este modo el asistente puede precisar más sus respuestas para incrementar su grado de pertinencia. Usando este acercamiento los profesionales pueden asumir una intervención más apropiada basada en las necesidades individuales de cada paciente.

En el continuo dilatación (exposición)-constricción (cierre), se plantea que las características, en el nivel cognitivo, de una persona en crisis recorre la gama que va desde la dilatación, por ejemplo:

- Confusión
- Pensamientos desorganizados
- Pensamiento caótico

Hasta la constricción:

- Preocupación por el problema
- Rumiación cognitiva

-Obsesión

Y se requerirá, por parte del asistente:

En dilatación:

-Clarificar el pensamiento

-Identificar el problema

-Ser específico

En constricción:

-Trabajar en la solución

-Sugerencias de alternativas viables

En el nivel afectivo las características de una persona en crisis son:

Dilatación: Emoción excesiva, no hay intentos por controlar la expresión emocional

Constricción: Contención de la emoción

Y se requerirá por parte del asistente:

Dilatación: Intentar enfocar los sentimientos específicos, trabajar con material cognitivo.

Constricción: Ayudar a expresar los sentimientos de cualquier forma

En el nivel conductual, las características son:

Dilatación: Expresión de una conducta exagerada e inapropiada para esa persona

Constricción: Paralización, inmovilización, retirada

Y se requerirá por parte del asistente:

Dilatación: Resolución de problemas orientados a la realidad

Constricción: Ayudar para estimular la actividad y hacer cosas

Llama la atención el paralelo observado entre las clásicas reacciones ante el estrés descritas por Cannon, hasta autores cognitivistas contemporáneos y las dimensiones de respuestas en los ámbitos cognitivos, afectivos y conductuales propuestas por Lillibridge y Klukken, que orientan a clínicos y terapeutas acerca de que es lo que ocurre con el paciente y diversos tipos de personas enfrentados ante situaciones de crisis o límite.

El estudio de la llamada *puerta sensorial*, en pacientes con diagnóstico de TEPT, se refiere a ciertos hallazgos electrofisiológicos en el control de manifestaciones sensoriales auditivas de estos pacientes frente a estímulos

estudiados con potenciales evocados. En estos pacientes se observó un debilitamiento en la capacidad para procesar estímulos auditivos presentados, medidos con electroencefalograma computarizado. Esto significa que los pacientes con TEPT no registran o más bien reducen la evocación electrofisiológica a partir del estímulo auditivo, respecto de los sujetos normales, quienes, aparte de registrarlo adecuadamente, suelen aumentar el registro electroencefalográfico evocado (Kuper L, 2004). Esto hace pensar que habría una cierta vulnerabilidad neurobiológica en individuos para quienes la exposición a un evento traumático operaría como un disparador o un desencadenante de una serie de manifestaciones, que van afectando diversos sistemas de neurotransmisión, diversos asientos neuroanatómicos y neurofisiológicos, que se traducen en sintomatología.

En el caso del trauma vicario, lo que traumatiza es la escucha reiterada de relatos horrorosos, que tienen la característica de lo impredecible, lo que escapa de control y la impotencia para actuar diferidamente frente a lo acontecido a la víctima. Cabe preguntarse si la totalidad de terapeutas de psicotraumas, desarrollan impacto acumulativo o sólo le ocurre al grupo vulnerable, o sea quienes presentan el perfil descrito por los estudios y que contraerán el síndrome de desgaste profesional.

En el trauma vicario el origen del estímulo es auditivo, inmerso en el entramado narrativo que ofrece el paciente y que será inmediato o diferido, según ocurra desde el momento siguiente al evento sufrido hasta la primera consulta. La narración sufrirá un cambio de forma y de contenido, pero más importante será el cambio de forma, ya que justamente en lo conversacional entregado al clínico, se irá desplegando el relato vivo, en su implacable camino hacia la trivialización y el olvido. Esto que puede sonar brutalmente verdadero, es lo que solemos ver en la atención de víctimas de psicotraumas graves, ya que la cultura, en este caso la institución, ordena y normaliza el trauma desde el momento inicial de la atención, como una manera urgente de contener el desborde del o los consultantes, procesos que muchas veces producen re-traumatización por negligencia, despersonalización institucional y dehumanización de la atención que, en definitiva, es una forma de maltrato.

Es el relato vivo lo que traumatiza al clínico y no la conserva cultural del suceso traumático, parafraseando a Moreno, que más bien lo aleja de la vivencia traumática, la racionaliza, la reflexiona. La reiteración narrada de los hechos, la elaboración, forma parte del devenir psicoterapéutico posterior y terminal de un proceso asistencial (Garrido Martín E., 1978).

El suceso oralmente narrado contiene una infinidad de información implícita ya sea en la cualidad dramática del relato, el de las formas dialogales y subtextuales utilizadas por el paciente, por ejemplo en los detalles, palabras señaladoras, prosodia, intercalaciones, metáforas, en fin, todo aquello que hace que un relato entregue a quien escucha, la huella del horror, lo audible o el silencio, la cadencia, las imágenes descritas, todo lo que impresiona al límite nuestra imaginación, lo que nos sorprende, lo que nos deja con una sensación transferida de indefensión, de crueldad, de confusión, disociación, despersonalización, transportados en un tiempo detenido y congelado por el suceso traumático (Ritterman M., 1988). Lo que lleva a una irrealidad y extrañeza de un mundo perdido e irreconocible, sin luz, agónico, infernal, en definitiva, un mundo mortal.

También y de la misma forma puede ser psicotraumatizado vicariamente el lector de un suceso escrito, una carta de despedida de quien haya cometido suicidio. Lo escrito en documentos jurídicos como testimonios de víctimas de secuestros y torturas. Lo perteneciente a un proceso criminal judicial. O a veces, simplemente, la crónica periodística o televisa del rapto y asesinato de alguna menor, que nos impacta por la veracidad y crudeza de los escritos de algún periodista que, con un gran sentido de servicio a la comunidad, busca por este medio, sensibilizar a la población de que hechos tan horrorosos pueden estar ocurriendo en su vecindario.

Cada vez que transita el acontecimiento desde que ocurre, por el inexorable camino hacia la comunidad, va modificando su impacto y expresión vivencial, desde lo presencial activo, lo narrado oralmente, lo escrito, hasta lo leído en forma diferida; va perdiendo vida propia, va siendo agenciado por la cultura para, finalmente, a través de de la ritualización y del saber, concluir conservado como patrimonio de la humanidad en los grandes obras, dramas, tragedias y novelas, creativamente transformadas en arte, por profetas, artistas, poetas, místicos y dramaturgos.

El paradigma de la dramaterapia

Dramaterapia se entiende con “el uso intencional y planeado de los aspectos curativos del drama en el proceso terapéutico (Asociación Británica de Dramaterapia, BADth, citado por Torres P., 2001)

Por su parte Sue Jennings, pionera del desarrollo de la dramaterapia en el mundo, la define como “la aplicación específica de las estructuras teatrales y procesos del drama con una clara intención que es terapéutica” (Jennings S., 1994). Algunos de los conceptos claves de la dramaterapia señalados por Jennings, son útiles para el trabajo no sólo con pacientes, sino también utilizando el paradigma de la dramaterapia se puede ofrecer asistencia a grupos que requieren frecuentes prácticas de autocuidado, como los profesionales de ayuda. En este caso este método ofrece un acercamiento colateral y simbólico, desde el teatro y el juego de roles ficcionales, en la co-visión grupal interdisciplinaria, en situaciones generadoras de estrés profesional como trabajar con pacientes difíciles como cuadros psiquiátricos graves, desordenes de la personalidad, psicotraumas, duelos, violencia, discapacidades, SIDA, enfermedades crónicas y oncológicas, entre otras, hasta problemas institucionales derivados de la alta demanda asistencial, clima laboral, conflictos de roles, *mobbing*.

El modelo de la dramaterapia, a diferencia del psicodrama, parte de una base salutífera y comunitaria, de fomento y promoción de la salud, por lo tanto se centra en los aspectos sanos de la persona y los grupos; tiene como fundamentos conceptuales el teatro y los rituales y su práctica busca en los grupos, acceder al inconsciente individual y colectivo en forma figurada y metafórica, a través del uso de imágenes, escenas y metáforas teatrales con una finalidad terapéutica de desarrollar la expresividad corporal – emocional y la creatividad. Podemos afirmar que la dramaterapia comienza en el teatro y culmina en el teatro, o sea en la conserva cultural, en interacción permanente con el binomio espontaneidad / creatividad del proceso creador, pero sin perder de vista la *mimesis*, o sea la imitación de la realidad. Por lo tanto toma del teatro todos los elementos disponibles para generar accesos a la vida psíquica de las personas reales. Los personajes y las escenas del teatro vendrán a impactar con

sus dramas ficcionales los dramas reales de las personas en su vida mundana. (Torres P., 2009)

El modelo de la dramaterapia proviene del mundo psicoeducacional a partir de los trabajos de Peter Slade acerca del desarrollo dramático infantil. Este autor plantea que la capacidad dramático teatral del ser humano es una condición con la cual nace cada persona y que posteriormente es moldeada por el aprendizaje formal e informal de la familia y la enseñanza en el colegio, que puede fomentar o anular este tipo de expresión comunicativa. Los niños son contadores de historias, dramaturgos, actores y directores escénicos por naturaleza y esa capacidad sigue estando presente y es desarrollable aun más, durante toda la vida, hasta la adultez y la senectud (Slade P. 1978)

Jenning sugiere algunos conceptos claves del paradigma de la dramaterapia cuya aplicación es útil en grupos de autocuidado (Jenning S., 1998):

El distanciamiento teatral y la alternancia entre las dos realidades, la cotidiana y la dramático-teatral, relacionada con la imaginación y fantasía, plantea que el ser humano, enfrentado a una situación difícil, puede ejercer la capacidad de distanciarse de ella, al igual como nos distanciamos frente a una obra de teatro, como público espectador. En una especie de disociación normativa y de despersonalización remedial, es posible que utilizando este recurso de la mente, podamos ampliar la visión del problema y retornar a la realidad cotidiana con más conocimiento experiencial para mejorar una situación de desmedro personal. Dentro de los criterios de normalidad propuestos por la dramaterapia para las personas, la capacidad de transitar libremente entre estas dos realidades, es central. Por su parte y de manera muy similar desde el psicodrama y algunas líneas dramaterapéuticas, plantean que los sujetos capaces de cambiar de roles con mayor facilidad y de asociarse con otros seres humanos para diversas tareas, con amplia flexibilidad de criterios, con ductilidad y versatilidad de roles asumidos, jugados o creados, son definitivamente más sanos y dotados de mejores índices télicos (Landy R., 1993).

Otras claves que Jenning nos aporta dentro del desarrollo del paradigma de la dramaterapia es el modelo del ***embodiment-projection-role***:

Incorporación (o encarnación, “hacer cuerpo” o “hacer carne”), proyección y enrolamiento (o personificación).

Resulta de enorme utilidad en el trabajo con psicotraumas, el considerar que las personas sometidas a alguna situación traumática en el sentido amplio, desde lo entendido como primario hasta lo vicariante, reciben información dramática de gran carga afectiva a través de sus órganos sensoriales, planteado anteriormente, a través de la visión y audición (psicotrauma primario directo o secundario indirecto inmediato); por la escucha de relatos horribles (psicotrauma terciario indirecto inmediato o diferido temprano, que implica impacto acumulativo en el caso de los terapeutas); a través de la lectura y construcción de imágenes de hechos horribles en el psicotrauma terciario indirecto o diferido tardío, como lectura de cartas de despedida, e-mails de traiciones amorosas, audios o grabaciones de mensajes de teléfonos celulares, testimonios y documentos jurídicos.

Esta información ingresará al tálamo y de allí al sistema límbico en donde activaría la reacción de alarma en la amígdala y la fijación mnémica mediada por catecolaminas secretadas en el locus coeruleus. Parte de esa información sería procesada en las cortezas cerebrales primarias y de asociación, y podrá ser elaborada cognitivamente, generando alivio parcial o permanente del impacto sufrido. Sin embargo, frente a grandes traumas o situaciones vividas por la víctima como de gran impacto y cargas emotivas devastadoras, esa información no logrará ser procesada corticalmente y quedará encapsulada como memorias traumáticas en el sistema límbico, detenidas y congeladas en un tiempo experiencial infinito, prontas a gatillarse sin control, en el ahora o en el futuro, ante mínimos estímulos recordatorios de la esfera sensorial.

El relato de una mujer violada brutalmente respecto de su agresor es notable para afirmar lo anterior: ***“Mientras iba de compras en la feria acompañada de mi esposo, sentí que un sujeto pasaba por mi lado y volví a sentir el olor de la colonia mezclada con transpiración que tenía cuando me atacó sexualmente y me violó varias veces. Sentí un escalofrío tremendo, quedé paralizada, sólo varios segundos después pude volver mi vista hacia la persona que ahora iba de espaldas. Estoy segura que fue el sujeto que abusó de mí hace tres***

mese atrás, logre ver su espalda y una capucha que usaba. No reconocí el vestuario, pero el olor era inconfundible. Ahora dígame usted doctor: ¿Cómo lo puedo denunciar a la policía con sólo ese dato?, me van a creer loca”

La huella experiencial que deja el trauma es indiciaria e implícita, o sea queda corporalmente sentida en alguna parte del soma, como lo que Gendlin denomina la “sensación sentida”, que es corporal (Gendlin E., 1999). Por tanto es pre-conceptual, cuando la persona no logra dar una explicación acerca de la maldad humana, ni logra reflexionar ni elaborar lo acontecido. Esto corresponde a la **incorporación o encarnación** de la experiencia traumática, algo que no tiene palabras, o sea no hay conceptos ni teorías explicativas para comprender el horror. Los pacientes dice: ***“Quedé como congelado, paralizado, no tengo palabras para hablar de lo acontecido”***.

Un joven ingeniero quien fue secuestrado por varias horas, golpeado y violado por tres antisociales drogados al interior de un automóvil y abandonado una madrugada de invierno, desnudo en un sitio eriazo de la zona sur del Gran Santiago, dice al momento de la primera consulta: ***“Doctor, por favor no me abandone, no tengo palabras para explicarme porque estas personas me hicieron esto. Lo único que sé es que ahora ni siquiera puedo tocar mi cuerpo, no logro ser capaz de tocar mis partes íntimas para asearme, es como si fuera el cuerpo de otra persona ¿qué explicación tiene esto que me pasa?”***

El relato de este paciente se asemejan a lo descrito por psicopatólogos clásicos frente a los cuadros de despersonalización como: “una alteración en la percepción o en la experiencia de sí mismo, de modo que el individuo se siente ajeno y distante, como si fuera un observador externo de sus propios procesos mentales o de su cuerpo” (Sierra Siegert M., en Luque R., Villagrán J., 2000). El término desrealización fue propuesto para referirse a experiencias similares relacionadas con la percepción o vivencia del mundo externo. Ambas se asocian frecuentemente con situaciones de estrés y fatiga extrema. Se propone además que “en la despersonalización se produciría un incremento de la alertización junto con una disociación de la emoción, como un mecanismo adaptativo que incrementaría las probabilidades de supervivencia en situaciones de peligro súbito (Luque R., Villagran J., 2000) Llama la atención que las personas

despersonalizadas describen su experiencia con un “como si”, por ejemplo: **“siento como si no fuera yo”** o **“como si estas manos no fueran mías”**. Las modalidades visuales y auditivas de despersonalización parecen estar más frecuentemente presentes y concomitantemente se asocian con una actitud de indiferencia hacia el dolor físico y psíquico. Los pacientes y personas que presentan sintomatología de despersonalización ansiosa, suelen sentirse como si fuesen autómatas o robots.

Es posible que la experiencia del trauma vicario comparta este tipo de sintomatología dado que la despersonalización, siendo el síntoma más grave, forma parte de la tríada sintomática del síndrome de desgaste psíquico de los profesionales de ayuda, junto con el agotamiento físico y psíquico y la baja del sentimiento de éxito y logro laboral.

El proceso de incorporación o encarnación del trauma, siguiendo uno de los puntos centrales del paradigma de la dramaterapia, hace que los textos traumáticos de los consultantes, es decir aquellos textos vivos cargados de emociones dolorosas y de significados trágicos, se inscriban en el cuerpo del terapeuta, quedando como registros fonéticos en la memoria declarativa episódica, (mas allá de la memoria de hechos o semántica), también llamada memoria autobiográfica, en la cual es posible aprehender la información como sucesos o acciones frente a las cuales somos testigos. Se trataría de fonemas aislados o incluso ruidos aislados, el click del percutor de una pistola puesta en la sien de una víctima, el ruido catastrófico de latas y metales retorcidos de un camión de alto tonelaje cuando va deslizándose aparatosamente, volcado en medio de la carretera. Pueden ser generalmente dos o tres palabras señalizadoras. Una paciente que fue secuestrada por el conductor de un taxi colectivo con el fin de agredirla sexualmente, queda paralizada ante la rotunda orden de su captor: **“¡Cállate!”**. Sin embargo, logra salir del trance y se lanza automóvil en marcha, salvándose de tan bestial ataque.

Por lo tanto en las prácticas de autocuidado de los terapeutas, resultarán centrales los ejercicios y juegos dramáticos de apresto centrados en el cuerpo, actividades que irán en la búsqueda de aquellos textos traumáticos de los pacientes inscritos en el cuerpo del terapeuta con la finalidad de sacarlos de su transparencia, para posteriormente, por medio del trabajo de escenas - actoral o

psicodramático – descubrirlos, para movilizarlos desde su lugar sumergido (Emunath R., 1994). Se trata entonces de textos encarnados con dolor.

El trabajo de **proyección** en dramaterapia se puede realizar de varias maneras. Algunos dramaterapeutas utilizan el dibujo, la pintura, el trabajo con arcilla, plasticina, máscaras, títeres y muñecos. En los niños una manera de cura emocional es a través del juego, desarrollado una y otra vez. De este modo reviven el trauma de una forma segura y lúdica. El recuerdo se repite en un contexto en donde la ansiedad es reducida desensibilizándolo y permitiendo que se asocien a él un conjunto de respuestas no relacionadas con la traumatización. Por otro lado, los niños en su mente pueden dar a la tragedia, mágicamente, un resultado mejor. En los adultos utilizamos para la proyección, la identificación con un personaje teatral, un héroe, que dispone de un texto reparador o sanador. Muchos de estos juegos textuales y de personajes introducen en forma muy necesaria el humor, pieza fundamental en el trabajo con psicotraumas y que se desarrollará más ampliamente en otro apartado. Estos textos, al provenir de la literatura universal, representan los mitos y melodías latentes de la cultura que coinciden con los mitos, comedias y tragedias personales (Martinez-Bouquet C., 2006, 2006). El trabajo con textos teatrales e incluso pasajes bíblicos u otros textos sagrados, genera en el ritual final del trabajo dramaterapéutico, un clima mágico de resolución en conexión con la verdad espiritual y el cosmos.

Aquí se funden el momento de la proyección con la personificación o adquisición de personajes quienes tendrán una representación evidente y rotunda en el escenario de la obra dramaterapéutica. Textos teatrales y textos personales de la tragedia vivida, escuchada o leída, se entremezclan con furor dramático generando las condiciones para la creación de la obra dramaterapéutica.

El grupo en acción da paso a dos nuevos momentos que nosotros hemos incluido, complementando lo propuesto por Jennings, que es la **improvisación creadora**, en donde el grupo improvisa nuevos textos que amplifican y multiplican los anteriores, mezclando tragedia, comedia y drama como género teatral, y la **representación de la obra conservada**, es decir, ritualizada y teatralizada al punto de convertirse en patrimonio de la cultura.

Finalmente la comunidad entera testificará con recogimiento, lo que se representa ante su mirada. Este es el momento del enjuiciamiento que la comunidad hace ante un mal arrollador, el de la violencia humana, el trauma, el duelo, la impotencia, la injusticia, la humillación, la vergüenza, la traición. Pero al mismo tiempo se despertará lo mejor del ser humano y de los grupos, la solidaridad, la comunión, la fuerza, la compasión, y la posibilidad de reparar en el “como sí” dramático, el dolor, la soledad y la traición.

El arte en sí misma es un medio de comunicación inconsciente. El cerebro emocional esta sumamente sintonizado con significados simbólicos y con lo denominado “proceso primario”: los mensajes de la metáfora, el relato, el mito, los rituales, las artes en general.

Muchos psicoterapeutas que trabajan con psicodrama con sobrevivientes de traumatizaciones severas, utilizan en sus esquemas de intervención una aproximación y secuencia de pasos, a nuestro modo de ver, de corte dramaterapéutico (Kellermann P.F, 2007, Filgueira M.A, 2007, Espina Barrio J.A, 1993).

Dichas prácticas psicodramáticas grupales siguen la siguiente secuencia:

- 1.-Re-actuación - *acting out*
- 2.-Reprocesamiento cognitivo – Insight de acción
- 3.-Descarga del superhabit de energía – Catársis emocional
- 4.-Superhabit de realidad – “Como si”
- 5.-Apoyo interpersonal – Tele
- 6.-Ritual terapéutico – Magia

En este re-aprendizaje emocional y recuperación del trauma se suelen diferenciar cuatro momentos: Adquirir una sensación de seguridad; recordar los detalles del trauma; lamentar la pérdida que ha provocado y finalmente volver a hacer una vida normal. Las personas traumatizadas necesitan volver a sentir una sensación de seguridad, salir de la impotencia, percibiendo que hay más de una salida, recuperar el sentido de control sobre sus vidas que han quedado inmersas en la precariedad y de este modo evitar la enfermedad mental o psicósomática que aparece cuando las personas se vivencian como “sin salida” ante una situación. La línea de fuga hacia la salud de la realidad ficcional

dramaterapéutica, el “como sí” dramático de posibles soluciones, el encuentro con personajes y héroes del teatro que vienen con su sabiduría a colaborar, el descubrimiento de textos reparadores que provienen de recursos, fortalezas y resiliencias personales, grupales y comunitarias, generan una especie de ilusión, una visualización experiencial, una magia mental al modo de un trance hipnótico con potencialidad de cambio de aquellos íntimos procesos neurobiológicos y psicológicos que subyacen en la profundidad de la vivencia traumática.

Las curas psicológicas a través del juego y en particular del juego en dramaterapia se producen a través de tres mecanismos: la **abreacción**, o sea en la obra dramaterapéutica se pondrán en marcha historias con sentimiento; el nuevo drama se lleva a cabo en el **contexto** seguro y protegido de un grupo con historia vincular; y las **correcciones** implican que jugado otros finales se descubren que existen otras posibilidades para la siguiente vez asumiendo que tal vez no deba existir una “siguiente vez” y que la vida ha sido generosa dentro de todo, al estar vivo. (Terr L., 2000).

Finalmente cabe considerar que la **catársis** en dramaterapia es por excelencia de tipo **estética**, (aunque también la hay ética), como la que se produce al público observador al presenciar una obra teatral, hecho terapéutico al que sólo podemos acceder desde esta metodología que mantiene una fuerte impronta teatral. Este tipo de catársis genera contención y estructuración psíquica desde el distanciamiento tanto del público como del actor participante, quien podrá transitar libremente desde el espacio escénico hacia la platea para presenciar el espectáculo, sin que se note su ausencia, por la fuerte naturaleza cooperativa del trabajo grupal, que puede prescindir de algunos de sus miembros durante la ejecución misma de la obra.

Conclusión

Teatro es mimesis y psicodrama es anti-mimesis, o sea la verdad misma jugada en el escenario psicodramático. La dramaterapia comienza en el teatro y termina en el teatro, pasando por toda la belleza del acto creador, es decir la interacción permanente y sin límites del proceso creador, con su carga de

espontaneidad - creatividad natural y la conserva cultural, con su aparente rigidez y permanencia como patrimonio de la cultura.

El modelos de la encarnación – proyección y personificación de la dramaterapia contribuye ampliamente en el trabajo de autocuidado de clínicos y terapeutas potencialmente vulnerables a contraer el síndrome del desgaste profesional o estar quemados. Por medio de prácticas dramaterapéuticas que utilizan este modelo, buscamos extraer del cuerpo de los terapeutas aquellos relatos vivos que se han inscrito en su biología. Los procesos reparatorios y sanadores siguen el camino opuesto, es decir desde textos y personajes teatrales de la literatura y dramaturgia universal, siguiendo las melodías latentes de la cultura, los mitos universales y los rituales, buscamos rehabilitar a los terapeutas con el fin de volverlos sanos y de regreso hacia el lugar en donde habita su trabajo y su comprometido oficio de acompañamiento.

Referencias

- 1.-Benelbaz D. (1997) Supervisión y procesos institucionales en equipos que trabajan con traumatización extrema. Simposium Supervisión Clínica. V Congreso Nacional de Psicología. Colegio de Psicólogos de Chile.
- 2.-Bryant R., Creamer M., Meaghan L., O`Donnell M., Silove D., McFarlane A. (2008)
A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatric* 69:6 (923-929)
- 3.-Cia A. (2001) Trastorno por estres postraumático. Dianóstico y tratamiento. Imaginador. Buenos Aires.
- 4.-Emunah R. (1994) Acting for real. Dramatherapy. Process, technique, and performance. Brunner/Mazel Publishers, New York
- 5.-Espina barrio J.A., (1993) El cuerpo muerto. Psicoterapia del duelo, individual, de pareja, familiar y grupal. *Informaciones Psiquiátricas*, 2º Trimestre, 132, 275-285, Madrid

- 6.-Figley C. (2000) Traumatización sistémica. El trastorno de estrés postraumático secundario en los terapeutas familiares. Rev. Sistemas Familiares, Asiba, Buenos Aires.
- 7.-Filgueira M.A., Espina Barrio J.A. (2007) Brief psychodrama and bereavement.
In Kellerman P.F., Psicodrama with trauma survivors. Acting out your pain. Jessica Kingsley Publishers, London
- 8.-Garrido Martin E. (1978) Jacob Levi Moreno. Psicología del encuentro. Sociedad de Educación Atenas, Madrid
- 9.-Gendlin E. (1999) El focusing en psicoterapia. Manual del método experiencial. Paidós, Barcelona
- 10.-Jenning S., Cattanach A., Mitchel S., Chesner A., Meldrum B. (1994) The handbook of dramatherapy. Routledge, London
- 11.-Jenning S. (1998) Introduction to dramatherapy. Treatre and Healing Ariadna`s Ball of Thread. Jessica Kingsley Publishers, London
- 12.-Kellerman P.F., Hudging M.K. (2000) Psychodrama with trauma survivors. Acting out your pain. Jessica Kingsley Publishers, London
- 13.-Kuper E. (2004) Neurobiología y comorbilidad del trastorno de estrés postraumático: Un paradigma dimensional. Desde la neuroplasticidad a la resiliencia. Polemos, Argentina
- 14.-Landy R. (1993) Persona y performance. The meaning of role in drama, therapy, and everyday life. The Guilford Press, New York
- 15.-López – Ibor A., Valdez M. (2002) DSM-IV-TR, Masson, Barcelona
- 16.-Luque R., Villagrán J. (2000) Psicopatología descriptiva. Nuevas tendencias. Trotta, Madrid.
- 17.-Marquez López-Mato A. (2003) Psiconeuroinmunoendocrinología. Aspectos epistemológicos, clínicos y terapéuticos. Polemos, Argentina.
- 18.-Martinez-Bouquet C. (2006) La ruta de la creación. Aluminé, Barcelona
- 19.-Martinez-Bouquet C. (2006) ¿Dónde habitan los personajes imaginarios? Aluminé, Barcelona
- 20.-Ritterman M. (1988) Empleo de hipnosis en terapia familiar. Amorroto, Argentina
- 21.-Rubin Wainrib B., Bloch E. (2000) Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica. Desclée de Brouwer, Bilbao

- 22.-Slade P. (1978) Expresión dramática infantil. Santillana, España
- 23.-Rodríguez A., Escobar M., Arenas C., Morán M. (2005) Trauma por bombas y explosiones. Daño cerebral asociado. Rev. Colombiana de Radiología. Vol. 16 (2): 1718-1722
- 24.-Torres P. (2001) Dramaterapia. Dramaturgia, teatro, terapia. Cuarto Propio, Santiago de Chile
- 25.-Torres P. (2009) Sangra la escena. Psicodramaterapia del trauma y del duelo. Edras-Universidad de Chile, Santiago de Chile
- 26.-Wolf-Fedida M. (2005) Trauma y conmoción psíquica. Rev. Actualidad Psicológica, Año IV, N° 41
- 27.-Vanderlinden J., Vandereycken W. (1999) Trauma, disociación y descontrol de impulsos en los trastornos alimentarios. Granica, Barcelona

Dr. Pedro Torres-Godoy

WWW.DRAMATERAPIA.CL

esdrama@gmail.com

Derechos Reservados ©, Editorial Edras - Chile, 2009

Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización expresa de Edras – Chile

edras.psicodrama@gmail.com

Clasificaciones de los grupos terapéuticos en la práctica clínica: una reflexión.

AUTOR: Mario Colli 1, Eduardo Paolini 2.

(1)Mario Colli, M.Sc. en Psicología Clínica, terapeuta de grupos. Catedrático del Departamento de Psicología, Universidad Universidad del Valle. Miembro de la International Association of Group Psychotherapy (IAGP).

(2)Eduardo Paolini, Dr. en Psicología, terapeuta de grupos, Hospital del Niño Jesús, Madrid. Miembro de la IAGP.

Resúmen:

Este trabajo es una propuesta de clasificación de los grupos terapéuticos que se trabajan en el mundo en la práctica clínica, tomando para ellos las clasificaciones de autores norteamericanos, y autores europeos, quienes, con sus aciertos y desaciertos han tratado de hacerlo, siempre desde su visión, marcada por el continente en que trabajan. Por tanto se ha tratado de exponer una clasificación integrada entre ambos continentes, teniendo en cuenta el aporte actual de los autores clave en todas las modalidades de grupo terapéuticos que existen en la práctica clínica.

Palabras clave:

grupos terapéuticos, clasificación, autores.

Abstract:

This paper is a proposition to classificate the therapeutics groups in the current clinical practice in the world, taking the classifications from american and european authors, who, with their good points of view and mistakes, ever from their vision, and from the continent that they are working. By the way we have

discussed an integrated classification between the two continents, taking the current point of view of the key authors in all of the type of the present therapeutics groups in the clinical practice.
therapeutics groups, classification, authors.

Introducción:

Los grupos de Psicoterapia, intervención, y entrenamiento han sido clasificados varias veces, según el objeto, la técnica utilizada, el lugar de realización, entre otros. En los E.U.U., donde según muchos autores surgió y se desarrolló la técnica, fueron clasificados en varias formas. En este material veremos las formas clásicas como primera clasificación, y posteriormente veremos otras clasificaciones de autores europeos, norteamericanos, y también latinoamericanos sobre los tipos de grupo que se conducen en su medio en la actualidad. En una revisión histórica del tema ofrecida antes en artículo ya publicado (Colli, Lorenzo, 2004), se expusieron las figuras y movimientos más destacados en el mundo, sin embargo ahora se hará un análisis y posteriormente una propuesta de clasificación.

Desarrollo:

Los grupos en psicoterapia de grupo desde sus inicios han tenido diferentes clasificaciones, según las diferentes utilizaciones que se le han dado. Según Bechelli y Santos(2001), los clásicos los clasificaron de la siguiente manera :

Tabla 1.

Características de los grupos desarrollados por los pioneros.

Autor:	Pacientes:	Local:	Método:	Abordaje:
Pratt	Tuberculosos	Ambulatorio	Aula	Reeducación y persuasión.
Lazell	Esquizofrénicos	Hospital	Aula	Reeducación, socialización, Conceptos psicoanalíticos
Marsch	Psicóticos	Hospital	Aula	Reeducación, socialización, y actividad ocupacional
Burrow	No psicóticos	Ambulatorio	Interacción	Análisis de grupo.
Moreno	Psicóticos y no psicóticos	Ambulatorio	Interacción	Psicodrama
Adler/Dreikurs	Padres e hijos	Ambulatorio	Interacción	Terapia familiar
Metzl/Dreikurs	Alcohólicos	Ambulatorio		Acosejamiento
Wender	Dolencias mentales discretas	Hospital	Interacción	Psicoanálisis
Schilder	Dolencias mentales discretas	Hospital ambulatorio	Interacción	Psicoanálisis
Slavson	Niños, adolescentes.	Ambulatorio	Interacción	Psicoanálisis

Tomado de Bechelli, Santos, 2001.

Esta Tabla 1 expone los primeros grupos desarrollados por los pioneros de la Psicoterapia de grupo, sin embargo nótese que sólo se tiene en cuenta a autores norteamericanos, o que desarrollaron su trabajo en los E.U.U., sin serlo, como Moreno, Slavson, Schilder, entre otros.

Existen otras clasificaciones realizadas por autores europeos, en este caso de España Ávila Espada, quien plantea otro tipo de clasificación. A continuación expondremos esta clasificación por la utilidad que pensamos tiene en nuestro medio, y también explicaremos algunos de los conceptos de grupo más importantes de la misma.

Tabla 2.

Aplicaciones del grupo y sus modalidades técnicas en la Psicología Clínica y Comunitaria.

-
- 1)Grupo Terapéutico (*).
 - 2)Grupo Intensivo Periódico.
 - 3)Grupo “Laboratorio”(*).
 - 4)Grupo de sensibilización.
 - 5)Grupo de admisión.
 - 6)Grupo Familiar
 - 7)Grupo de Discusión(*)
 - 8)Grupo Operativo.
 - 9)Grupo de reflexión.
 - 10)Grupo institucional.
 - 11)Grupo asamblea.
 - 12)Grupo de Formación.

Tomado de Ávila Espada, 1993.

Conceptos más importante de los anteriores:

Grupos Terapéuticos:

Se trata de una modalidad princeps de grupo, cuyas finalidades promover o contribuir a la curación de los trastornos psíquicos de los pacientes integrantes. El grupo se forma a iniciativa de los terapeutas, quienes escogen esta forma de tratamiento para ciertos pacientes -bajo ciertos criterios-, bien como alternativa al tratamiento individual o de forma complementaria a este. El grupo es convocado a reunirse una vez por semana (en ocasiones dos), durante aproximadamente de 60' a 90'. Los pacientes pagan individualmente honorarios por las sesiones.

(Normalmente de la misma cuantía que en la psicoterapia individual).

Grupo Laboratorio o “intensivo no periódico”

Es una modalidad surgida a partir de las experiencias intensivas de grupo llevadas a cabo por terapeutas de la comunicación, gestaltistas o psicodramatistas. Concebido inicialmente como una modalidad terapéutica en sí misma, de carácter catártico e intensivo, o actividad terapéutica de gran dosis, el grupo laboratorio ha venido a perder esa perspectiva sustituyéndola por una opción de trabajo psicoterapéutico igual grupal complementario a un tratamiento regular de base, bien individual o grupal, cara al cual la intervención intensiva que supone el Grupo Laboratorio viene a operar como momento de síntesis, reflexión, elaboración, y confrontación con el afuera del tratamiento.

Grupo de Discusión:

Es un dispositivo utilizable para la facilitación de la tarea de enseñanza /aprendizaje individual en situación de grupo, particularmente para inducir o facilitar la motivación individual hacia el aprendizaje. En las institucionales de Salud Mental se debe llevara cabo una tarea de formación y auto-formación permanente de sus profesionales; además el Grupo de Discusión puede utilizarse en numerosas situaciones de intervención comunitaria en las que sea necesaria la transmisión y elaboración de información por y para los usuarios.

Ej. En los grupos de psicoterapia de alcohólicos se trae el tema de Prevención y tratamiento de Recaídas, primero se expone al grupo en pizarra con sus respectivos esquemas, con lujo de detalles, y luego se les hace parte de la explicación, se les incorpora al tema, se les pide ejemplos de recaídas, de caídas, de falta de habilidades sociales, etc.

Ahora bien existen grupos que han sido concebidos para la Atención Primaria en Salud, según Tizón y Recasens, que también expondremos acá, por la importancia que tienen para el terapeuta de grupos para clasificarlo que desean hacer o lo que están haciendo.

Tabla 3. Tipos de grupos en Atención Primaria de Salud.

Según el marco de Referencia	Psicoanalítico Cognitivo-conductual Otros (fenomenológico, conductual estricto, sistémico, etc.)
Según los objetivos	Sensibilización Docencia, formación Promoción, prevención de la salud, ‘‘ educación sanitaria’’ Terapia, rehabilitación, reinserción.
Según los usuarios y el objetivo	1)G. de prev. y prom. Prevención Primaria 2)G. dirigidos al personal Asistencial. Prevención Secundaria 3)G. Psicoterapéuticos

	Prevencción Terciaria 4)G. de Rehabilitación y reinserción.
--	---

Tomado de Tizón y Recasens, 1994.

Ahora bien más recientemente Scheildinger (2004), en su última revisión sobre grupos terapéuticos en marco norteamericano ha recogido que existen los siguientes:

El dice que existen cuatro categorías de Psicoterapia de grupo:

Categoría I: Psicoterapia de grupo.

Es una especie de tratamiento de grupo en la práctica clínica, dentro del contexto de las psicoterapias. Se refiere a procesos especiales dentro de profesionales bien entrenados en técnicas determinadas: psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras clínicas, trabajadores sociales.

Categoría II: Grupos Terapéuticos. Comprende todos los enfoques de grupos utilizados por el personal de servicios humanos (no necesariamente profesionales), que trabaja en sistemas de tratamiento centro de los hospitales o a nivel ambulatorio. Sirven como grupos auxiliares del tratamiento. Dentro de los hospitales son: comunidades terapéuticas, terapias ocupacionales, de rehabilitación, de arte o danza terapia, tanto como grupos de rehabilitación especiales.

Categoría III: Grupos de Desarrollo Humano y Grupos de entrenamiento. Están más al servicio de la educación que de la terapia. Son grupos de sensibilización y organizacionales, que operan de tres maneras diferentes:

A)El método de Laboratorio con sus Grupos- T, iniciado en 1940 en Bethel Maine por el destacado Kurt Lewin, y sus seguidores.

B) Grupos Autoanalíticos: Empleados en los departamentos de Relaciones humanas tanto como los experienciales (Grupos -T), usados en los entrenamientos en relaciones humanas de profesionales; se incluyen aquí los llamados grupos Balint, iniciados por Michael Balint, psicoanalista, grupoterapeuta, y profesor de psiquiatría británico de origen húngaro.

C) Los Grupos Tavistock de conferencias de relaciones: iniciados por A.K Rice, basados ampliamente en el modelo de Bion de procesos de grupo.

Categoría IV: Autoayuda y Grupos de autoayuda, creador para una participación cara a cara, para personas que sufren, siendo uno de los más famosos el de Alcohólicos Anónimos, creado en 1935 en Estados Unidos, Jugadores Anónimos es otro. Dice este autor que Levy (Scheildinger, 2004) distingue en cuatro tipos de grupos de autoayuda:

1) Grupos de control conductual o grupos de reorganización conductual (A.A.).

2) Afrontamiento al stress o apoyo: Al-Anon, Recovery Inc.)

3) Grupos de supervivencia: Derechos de los Gay, Toma de Conciencia de Mujeres, cuya misión es elevar la autoestima.

Grupos de crecimiento personal: Landmark Forum, Grupos de integridad, siendo su objeto elevar la calidad de la vida.

Este autor también ha hecho una clasificación actual sobre estos grupos según el tipo de tratamiento del grupo:

1) Grupos de Terapia Grupal Interpersonal de Yalom:

Basado en los principios sullivanianos, ha ganado una extrema popularidad en los últimos años con cuatro ediciones de su excelente libro. En contraste con los principios psicoanalíticos se enfoca en la actualización el aquí-ahora de las relaciones interpersonales. El grupo se convierte en un laboratorio de expresión de ira, comprensión, y dependencia entre otros.

2)El modelo de Terapia de Grupo Freudiano:

Creado por Slavson, Wender y Schilder, sobre los 1930, aún constituye uno de los enfoques más ampliamente aplicados hoy día. En diferencia con los interpersonalistas, pone el énfasis en la interpretación de los conflictos del inconsciente a través de las manifestaciones de la transferencia. Sin embargo no hay unanimidad entre los defensores del modelo.

3)El Grupoanálisis: Entrenado como psicoterapeuta freudiano, S. Foulkes, fundó el Grupoanálisis, y además fundó la Sociedad Inglesa de Grupoanálisis en 1952, y el Journal of Group Análisis le siguió en 1971. Mientras, se hizo muy reconocido como método en Inglaterra y Europa, en E. Unidos no ha alcanzado ninguna popularidad.

A)El método de las Relaciones Objetales.

B)La autopsicología.

C)Sistema Social (grupo como un todo).

4)Enfoque de grupo centrado sobre el sistema de I. Agazarian.

Se basa en la comunicación de grupo, que para esta autora tiene un nivel jerárquico: 1)Grupo, 2)subgrupo, 3)miembros.

4)Terapia de Redecisión de Goulding y Goulding.

Combina terapias surgidas en los 1960 en épocas turbulentas de desarrollo, como el Análisis Transaccional, la terapia Gestalt. La primera de Eric Berne y la segunda de Fritz Perls.

5)Grupos de Terapia Existencial.

Contiene conceptos de terapia existencial y otros terapéuticos.

6)Terapia Conductual de grupo.

Comenta Scheildinger (2004), que surgió en los últimos años, pero que presenta un modelo muy poco comprensible, excepto la Terapia de grupo Racional Emotiva de Ellis, y la Terapia Cognitiva de grupo de Beck.

7) Grupos de Psicodrama:

Incluyen las varias combinaciones de Psicodrama con otras técnicas como el Psicoanálisis.

Casi a la par de este último autor, Guimón (2003), quien coincide con Giusti y Nardini (2004), autores italianos, ha expuesto una clasificación actual de grupos con su prisma europeo, que nos parece muy interesante y que reproducimos a continuación:

1) El Modelo Analítico. Dentro del cual él incluye todos los siguientes:

1.1) El Grupoanálisis.

1.2) Los kleinianos: dice que ciertos autores argentinos, californianos, y de otras latitudes que utilizaron a Melanie Klein como su base para su terapia grupal. Ej. Grinberg, Langer, Rodrigué en 1960.

1.2) La Escuela Francesa donde se incluyen Anzieu, y Kaes.

1.4) Orientaciones Integradoras norteamericanas, entre ellas incluye la de Asya Kadis, y la de Scheildinger, autor del cual fue expuesta ya arriba su clasificación.

1.5) Los Experiencialistas.

Entre los que incluye los grupos maratones, los grupos Gestalt, y los de encuentro, o sea en este gran "saco" incluye terapias como la Gestalt, de Perls y otros, la Terapia Rogeriana, de Rogers y otros, incluyendo el A.T. de Berne, cosa que puede ser comprensible, pero no muy aceptable por este autor, ya que están muy claras las diferencias entre estos tipos de terapias.

1.6) La Orientación Interpersonal, donde menciona a Klerrman y Weissman, como creadores de la Interpersonal Therapy, con gran aplicabilidad en grupos, pero a la vez reconoce la paternidad de este movimiento a I.D. Yalom, cuya terapia interpersonal o interaccional de grupo revolucionó el mundo de la Psicoterapia de grupo.

2.) Los Enfoques conductistas.

2.1) El enfoque cognitivo, donde debe destacarse a los muy mencionados y destacados Beck y a Ellis.

3. El Modelo Sistémico: Aquí hace una interesante distinción entre el Psicoanálisis orientado al grupo y la terapia familiar de tipo psicoanalítico. Este autor piensa que la terapia familiar sistémica es terapia familiar y no debe incluirse entre las terapias grupales.

Análisis:

En la opinión de nosotros, estas clasificaciones (Scheildinger y Guimón), que fueron escogidas por ser de autores con más de 40 años de experiencia en el tema, por tanto bien válidas, por ello representativas, y no al azar, si bien realmente constituyen un material útil, ya que primero que nada ofrecen un panorama mundial de lo que hacen los clínicos de grupo en varios continentes, con qué pacientes, y con qué orientación teórica, pero tienen siempre la limitación de que constituyen una expresión de los expertos que las elaboran, es decir si son norteamericanos, van a clasificar sólo lo que se hace en Estados Unidos, o si son europeos, clasifican sólo lo que se hace en Europa. No obstante

esto, la clasificación de Guimón (2003), y también la mencionada, aunque no expuesta de Giusti, Nardini (2004), tratan de superar esta limitación, ya que ellos incluyen en sus análisis las corrientes de Norteamérica. No obstante clasifican en el mismo grupo o ‘‘saco’’ las terapias mencionadas, que realmente no tienen ningún contacto, o si lo tuvieran (pues pueden combinarse), no tienen obligatoriamente que ser aplicadas en un mismo grupo terapéutico. Sin embargo encontramos elementos en común entre ambas clasificaciones lo que constituye su mejor aporte:

1) Existe un modelo Psicoanalítico en pie, indudablemente, de abordaje grupal, y exponentes de ello son Alonso, Stone, en E. Unidos, y en Europa el Grupoanálisis es un válido exponente. Debemos señalar que Brasil y Argentina son fuertes exponentes en este modelo también con M. Bernard, y D. Kordon, entre otros. Dentro del Grupoanálisis debemos mencionar que España tiene sus mejores exponentes en Juan Campos, y Roberto de Inocencio, y el Equipo de J. Guimón, Yllá, Ayerra, y otros, en el País Vasco, quienes han publicado sus mejores trabajos en la revista online ‘‘*Avances en Salud Mental Relacional*’’; en Italia con R. Pisani, D. Napolitani, R. de Polo, F. de María, C. Neri, E. Ronchi(+), quien ha desarrollado lo que se llama el Modelo Socioanalítico Grupal Italiano, J. Ondarza Linares(toda una autoridad en Italia, con más de 30 años trabajando Grupoanálisis), C. Merlo, G. Lo Verso, y F. di Maria (Escuela de Palermo), entre otros, por lo que podemos afirmar que existió y existe una fuerte Escuela Grupoanalítica Italiana, ante lo cual merece comentarse que con varios de los mencionados uno de los autores de este material (M.Colli), tuvo el honor de compartir en el pasado XVI Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo en Sao Paulo, Brasil en 2006, intercambio el cual fue muy fructífero. Más recientemente debe mencionarse que también está representado el Grupoanálisis en los E.U.U., ya que H. Weimberg, destacado grupoanalista israelita a nivel internacional, que se ha instalado y trabaja en los Estados Unidos (Colli, 2007).

(+)Con gran pesar debemos comentar aquí que acaba de fallecer en lamentable accidente de tránsito en Brescia su ciudad, este incansable trabajador y amigo, el 1 Julio de 2007, dejando un vacío en el Modelo Sociopsicoanalítico Grupal

Italiano, a quien tuve el gusto de conocer(M. Colli), y quien se convirtió en un gran amigo en Sao Paulo en 2006, cuando se realizaba el Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo(Colli, 2006).

2)Existe aún un modelo conductista –cognitivo de abordaje grupal. Válido para E.U.U., y España, y en América tiene a Colombia sobre todo, como su más desarrollado exponente.

3)Existe un modelo interpersonal, con o sin la influencia de la teoría y hallazgos de I.D. Yalom (1986), estando el modelo de Yalom en pie todavía, y seguido por varios terapeutas en el mundo sobre todo en E.U.U., Canadá, y España, entre otros. Clasificación que vale la pena conocer al clínico de grupo que en cualquier latitud existe.

Después de exponer estas, creemos que debemos agregar, y a modo de propuesta final, indudablemente varios tipos de clasificación en la Psicoterapia grupal:

4)Los Grupos de encuentro de tipo rogeriano, fundamentados en la teoría de este autor, que aún funcionan en los E.U.U., Brasil, y otros.

5)Los Grupos de Análisis Transaccional, que también aún existen, lo que es válido para E.U.U., en primer lugar, y Europa, particularmente España e Italia. Debe agregarse que en Argentina se aplican también.

6)Los Grupos de Terapia Gestalt, que también aún existen. Esto es válido para E.U.U, Europa(Inglaterra, España e Italia), y también Argentina.

7)Una tercera opción, que son los grupos con una especie de combinación entre A.T. y Terapia Gestalt, serían Grupos de Redesición, mencionada por Scheildinger (2004), en la que uno de los autores (M. Colli), recibió entrenamiento con la profesora Mary Goulding (2005), uno de los creadores de

la técnica. En Guatemala en la actualidad el Profesor Paredes desarrolla este método también en grupo(2007).

8)Grupos de Psicodrama. Indudablemente practicados en E.U.U., Argentina, Brasil, donde debemos mencionar que son numerosos los psicodramatistas, México, y con gran fuerza en Europa, y Asia. Siendo particularmente fuertes en Europa Inglaterra, España, Italia, y Alemania. Aquí se incluiría también la Escenoterapia, que ha desarrollado Víctor Cabré en España(2002), la cual tiene también seguidores.

9)Grupos Operativos: Siguiendo a Pichón Riviére (2005), muchos de sus seguidores como los argentinos Quiroga, Kesselman, Paolini (trabaja en España), Adamson, y el uruguayo Foladori, quien ha desarrollado su trabajo en Chile, trabajan este tipo de grupo, dentro del que también debe mencionarse existe una escuela en Italia, la ''José Bleger'' en Venecia, que fue fundada por el profesor argentino A. Bauleo en una época. En Cuba, en la Universidad de La Habana, los profesores Carolina de la Torre y M.Calviño, desarrollaron durante años (80- 90), Grupos Operativos siguiendo esta corriente. Debemos mencionar aquí como un dato relevante que E. Paolini, quien fuera alumno del profesor H. Kesselman, impartió, en su primera visita a Cuba, una Conferencia sobre Psicoterapia de grupo y Grupo Operativo(Colli, 2003), en el Hospital Psiquiátrico de La Habana, y su primer curso de Grupo Operativo fue ofrecido para la Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana (Colli, 2006), invitado por esta escuela en julio del 2006, reiniciándose el Grupo Operativo en este país con éxito. Debe señalarse en este espacio también que Kesselman y Kesselman (1999), desarrollaron en España el llamado Psicodrama Analítico Vincular, en el cual se combinaban las técnicas de Moreno, con las psicoanalíticas, con los aportes del Grupo Operativo, tipo de grupo que aún se trabaja en su Centro de Psicoterapia Operativa en Buenos Aires, que es un centro de aprendizaje y entrenamiento.

10)Grupos Bioenergéticos o de trabajo con el cuerpo: Tiene sus orígenes hace ya algún tiempo, según A. Ancelin Schutzenberger (1980), pero aún se mantienen y se derivan de los trabajos pioneros de W.Reich y su Orgonterapia, y de A.

Lowen y su Bionergética, existiendo modelos representativos en los Grupos de Vegetoterapia Caracteroanalítica en España con el profesor X. Serrano Hortelano (1993; 2008; 2008), con la Escuela Española de Terapia Reichiana. Es curioso que en las clasificaciones norteamericanas de Corey (1995), y de Scheildinger (2004), y la también reciente del profesor mexicano JJ. González (1999), válida para Latinoamérica, no aparezca esta modalidad. También la Biodanza ha sido incluida en este grupo y el Psicoballet, modalidad aparecida en Cuba sobre los años 1970, y de la que es todavía, después de más de 30 años, la profesora Georgina Fariñas su máxima representante, junto también a M. J. Arisó (2008), ambas del Hospital Psiquiátrico de La Habana, quienes han formado especialistas en Psicoballet en varios lugares del mundo, como Brasil, España, Puerto Rico, y México. Debe agregarse aquí también que S. Kesselman trabaja desde hace años, en el Centro de Psicoterapia Operativa de Buenos Aires, una terapia grupal conocida como Corpodrama, que combina elementos de Psicoterapia Psicodramática con elementos de la Terapia Bioenergética de Lowen(2008).

Conclusiones:

- 1)El trabajo de clasificar los grupos terapéuticos es una necesidad, que genera un resultado que puede ser valioso como el expuesto, así como consideramos fueron los anteriores hechos hace años, y acá expuestos, pues sirve de guía teórica a los que se inician en grupos terapéuticos, y también a los que trabajan en la práctica.
- 2)La clasificación de los grupos terapéuticos debe hacerse desde una óptica transcultural, es decir teniendo en cuenta los puntos de vista de clínicos de varias geografías, pues esto puede variar el tipo de grupo, y las técnicas a trabajar.
- 3)La actualización de las clasificaciones debe hacerse cada cierto tiempo, pues estas cambian de acuerdo a las necesidades de los terapeutas de grupos en las diferentes latitudes.

5) Existen modelos teóricos de Psicoterapia de Grupo que se repiten en el tiempo, denotando su éxito en varios continentes, a través del enfoque de diferentes autores.

6) Es de interés la coincidencia encontrada en esta reflexión teórica de grupos terapéuticos en varios autores, tanto norteamericanos y europeos, sobre los modelos teóricos psicoterapéuticos de Psicoterapia grupal, lo cual indica que estos modelos son universales, aunque no susceptibles de cambio, y no dejan de ser combinables e integrables.

Referencias:

1) Avila Espada, A.(1993)El grupo psicoanalítico y sus modalidades técnicas en la Psicología Clínica y Comunitaria. En Manual de Psicoterapia de Grupo Analítico Vincular, Ed. Quipú, Madrid.

2)Bechelli, L.P. de C., Santos, M.(2001)Psicoterapia de grupo: noções basicas. Ed. Legis Summa: Sao Paulo

3)Cabré, V.(2002)Escenoterapia. Dramatización terapéutica en grupo. Ed. Paidós, Barcelona.

4)Colli, M.(2003)Comunicación Personal con E. Paolini. M.Colli coordinó esta conferencia como miembro de la IAGP.

5)Colli, M.(2006)Comunicación personal con E.Paolini. M.Colli coordinó este curso – taller como miembro de la IAGP.

6)Colli, M., Lorenzo, M(2004)Psicoterapia de grupo: antecedentes históricos. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2004; 1(2- 3). online.

- 7) Colli, M.(2006) Comunicación personal con H. Weimberg, durante el XVI Congreso Internacional de Psicoterapia de grupo en Sao Paulo.
- 8) Corey, G.(1995) Teoría y técnica de la Terapia Grupal. Ed. Desclée de Brouwer, Barcelona.
- 9) Fariñas, G.(2008) El Psicoballet en Cuba. En Psicoterapia de grupo en Iberoamérica, Colli, M., Comp.(en prensa).
- 10) Giusti, E., Nardini, M.C.(2004) Gruppi pluralistici: Guida transteorica alle terapie collettive integrate. Ed Sovera: Roma. Collana de Edoardo Giusti.
- 11) Goulding, M.(2005) Entrenamiento en terapia de redecisión (Gestalt- A.T.) Centro de Eventos, Hospital CIMEQ, coordinado por el Dr. Rivas Recaño.
- 12) González, JJ.(1999) Psicoterapia de grupo desde diferentes escuelas. Ed. Manual Moderno, México, D.F.
- 13) Guimón, J.(2003) Manual de terapias de grupo. Ed. Biblioteca Nueva: Madrid.
- 14) Kesselman, H.(1999) Psicoterapia Operativa: crónicas de un Psicoargonauta. T. I. Ed. Lumen, Buenos Aires.
- 15) Kesselman, S.(2008) Corpodrama. En Psicoterapia de Grupo en Iberoamérica., Colli, M. comp.(en prensa).
- 16) Paredes, R.(2007) Comunicación Personal.
- 17) Pichón Riviere, E.(2005) El Proceso Grupal. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
- 18) Serrano Hortelano, X.(1993) Manifestación de las pulsiones amorosas durante el proceso de la Vegetoterapia Caracteroanalítica individual y de grupo. En Rev. Energía, Carácter y Sociedad, Vol 11(1 y 2), No 18. Pub. Orgón.

- 19)Serrano Hortelano, X.(2008)El Grupo en la clínica postreichiana. En Psicoterapia de grupo en Iberoamérica, Colli, M., Comp.
- 20)Serrano Hortelano, X.(2008)La Psicoterapia Breve Caracteroanalítica. En Psicoterapia de grupo en Iberoamérica, Colli, M., Comp.
- 21)Scheildinger, S.(2004)Group Psychotherapy and Related Helping Groups today: an Overview. En American Journal of Psychotherapy, vol. 58, no 3, pp. 265-280.
- 22)Schutzenberger Ancelin, A.(1980)Nuevas Terapias de grupo. Ed. Pirámide, Madrid.
- 23)Tizón, J.L., Recasens, J.M.(1994)Experiencias Grupales en Atención Primaria de Salud. En Aportaciones de la Psicoterapia de Grupo a la atención pública en Salud Mental. Ed. Quipú, Madrid.
- 24)Yalom, I.D.(1986)Teoría y Práctica de la Psicoterapia de Grupo. Ed. Fondo de Cultura Económica.

JUEGO TEATRAL Y PSICODRAMA

AUTORA: Alejandra Kreiman Alperin

Psicóloga Clínica, Psicodramatista

ÍNDICE:

1. Resumen.

2. Palabras Claves.

3. Introducción.

4. Descripción de la Experiencia.

5. Objetivos.

- Generales.

- Específicos.

6. Metodología.

7. Dinámica de cada sesión.

- Caldeamiento.

- Dramatización.

- Eco Grupal o Comentario.

8. Clases ejemplificadoras.

- Primera Clase: Bloque Contenidos Temático: Presentación.

- Evolución del Grupo.

- Séptima clase: Bloque Contenidos Temático: Profesiones/Oficios.

Escenas.

9. Evaluación.

10. Conclusión.

11. Bibliografía.

1) Resumen

Este Trabajo presenta una experiencia de Taller de Juego, Teatro y Psicodrama en el ámbito escolar, con alumnos/as de Educación Primaria, en un colegio de integración de Madrid.

Se pretende a través del análisis de esta vivencia, una reflexión sobre la educación, el juego, el teatro con niños/as y la relación de éste con el psicodrama, como vía de desarrollo de la creatividad y las relaciones de grupo, con su consecuente incremento de la espontaneidad y desarrollo de la personalidad.

2) Palabras Claves

Educación	Psicodrama
Juego	Espontaneidad
Teatro	Creatividad
Niñ@s	Grupo
Expresión	Dramatización

3) Introducción

El juego es un espacio donde crear situaciones imaginarias, donde probar y explorar, es mecanismo de adaptación y de aprendizaje; medio eficaz para vincularse con la vida y asimilar la realidad durante la niñez, así como un fuerte instrumento educativo, a través de una intervención didáctica consciente y reflexiva, dirigida a desarrollar los recursos expresivos del niñ@.

El teatro es el juego del como sí, la raíz del teatro está en el juego, la expresión dramática sirve para ensayar otras posibilidades de ser y actuar.

Entre el teatro y el psicodrama hay una línea difícil de establecer, aunque fácil de transitar, en una ida y vuelta permanente.

Este taller se centró en la tarea de ofrecer un ámbito en la escuela, que favorezca a los integrantes del grupo, una mejor utilización de sus valores asimilativos, tendientes a lograr un desarrollo más completo de sus capacidades formativas y expresivo-comunicativas.

No se pretendió formar actores y aquí radica la diferencia entre el tradicional teatro escolar y este “juego teatral”.

Ya que la memorización, el recitado y las maneras estereotipadas, no se consideran un medio adecuado de expresión artística, ni humana.

4) Descripción de la experiencia

La frecuencia de las clases fue de dos por semana, de 90 minutos cada una y se llevó a cabo durante un período escolar (de septiembre a junio). Se propuso un

“juego teatral” libre y espontáneo, con un mínimo de normas de respeto y convivencia. Que les aportó el conocimiento vivencial del valor del trabajo colectivo, donde cada uno puede ser auxiliar terapéutico y protagonista. Los participantes del taller fueron 16 niñas/os, de entre 8 y 12 años, que no pertenecían al mismo grupo natural (grupo clase), tampoco tenían las mismas edades, ni vivencias. Solo les unía, en un principio: ¿las ganas de “hacer teatro”?

Esta experiencia se realizó en un Colegio con unas características pedagógicas peculiares, ya que contaba con un proyecto educativo creativo y globalizador. En el que niños y niñas co-participan en su proceso educativo, en el que no se utilizaban libros específicos, ni clases magistrales, sino una amplia biblioteca de aula, a la que cada uno recurría, de acuerdo a sus posibilidades e inquietudes. Algunos temas se desarrollaban a través de actividades de la vida diaria: trabajo en la huerta, excursiones, taller cocina, etc.

Cuya población se componía de niñ@s del barrio (zona sur), otros de otras zonas, que acudían, quizás por “esta forma de hacer”, y un porcentaje, cada vez más alto, de niñ@s de integración y/o problemática social, escolarizados por la junta municipal del barrio.

5) Objetivos

- Generales:

- a) Potenciar el **desarrollo personal y social** de los niñ@s, a través del juego grupal, la improvisación y técnicas psicodramáticas.
- b) Mantener la **espontaneidad** infantil, entendiendo ésta como un estado de producción, principio esencial de toda experiencia creadora, que no se puede conservar ni registrar, no es permanente, fijo ni rígido.

- Específicos:

- a) Crear un clima de confianza, respeto y aceptación, que faciliten la expresión de contenidos personales significativos.

b) Desarrollar el poder creativo del niño/a por la asimilación y reelaboración de los estímulos que se le brindan y que surgen del propio grupo.

c) Incrementar la evolución personal por medio de los siguientes logros:

- Proyección imaginativa dada por la estructuración de símbolos e imágenes que despertaran nuevos intereses.

- Comprensión de su mundo afectivo y volitivo que se dará en el transcurso del juego de su acontecer diario, donde la vivencia de otros roles, puede ayudarnos a detectar y solucionar conflictos.

- Expansión de su esfera intelectual, por el esfuerzo adaptativo al motivo propuesto que desarrollará, intensamente, su capacidad lógica.

- Mejor utilización de valores expresivos en el lenguaje oral y mímico, que se logrará por medio de los improvisados diálogos y por los juegos mímicos que crearán nuevos lenguajes.

- Conocimiento del esquema corporal, al sentir que el cuerpo tiene también valores de comunicación: su manejo le permitirá conocer la importancia de las partes del cuerpo humano, así como sus movimientos y posturas.

- Aceptación de sus límites y del valor del grupo: como todo juego éste tiene sus reglas: todos serán actores y espectadores a su debido tiempo. Aprendiendo a esperar su turno. A su vez, con las opiniones y comentarios, se va enriqueciendo el motivo base, y cada uno se siente respaldado y apoyado por los demás (eco grupal).

- Extensión de dichos límites, ya que los límites propios trascienden al comprender que el mundo interior se puede exteriorizar y volver a interiorizar una vez enriquecido en el juego compartido.

d) Desarrollar su espíritu crítico de una manera constructiva, al acostumbrarse a observar y ser observado por sus compañeros. Pudiendo compartirlo verbalmente en el eco grupal.

e) Elaborar a través del juego y la ficción.

f) Acrecentar el grado de pertenencia y cohesión grupal.

g) Elevar el autoconcepto positivo, ligado al aumento de la autoestima.

h) Enriquecer los recursos para la resolución adecuada de conflictos.

6) Metodología

El marco de esta actividad fue de libertad, confianza y contención.

Hemos jugado en un clima /espacio que favoreció las relaciones grupales en el “como si”, a crear y recrear escenas, personajes y experiencias.

Los objetivos se han trabajado a través de la introducción de **Bloques de Contenidos Temáticos**, tales como: Presentación, la Casa, la Familia, el Barrio, el Colegio, los Amigos, los Oficios y Profesiones, los Deportes, las Vacaciones, etc.

Los límites y normas se explicaron en la primera sesión/clase, tales como:

Duración del taller y de cada clase, respeto al trabajo de todos y cada uno de los participantes, objetivos, no-obligatoriedad a participar en las dramatizaciones que no se desee, necesidad de pedir permiso para retirarse del aula, etc. Siendo estos, objeto de un trabajo continuo a lo largo de todo el taller.

Siempre en pos de crear condiciones de confianza, seguridad y que nos permitan, con y en el grupo, transitar y vivenciar las más diversas situaciones críticas: recreadas, amplificadas, deformadas, transformadas a partir de escenas aportadas por los diferentes integrantes, motivadas por los juegos de

caldeamiento y juegos y ejercicios incentivadores; con los que se introdujeron los diferentes **contenidos temáticos**.

Trabajamos sin un texto predefinido, desde el concepto de sistema/escena, con técnicas de aprendizaje de nuevas vinculaciones e incidiendo en el proceso comunicacional mediante objetos intermediarios, tales como telas de colores, títeres, muñecos, etc.

7) Dinámica de cada sesión

Nos encontrábamos para una forma diferente de hacer teatro. No como un elenco que monta una obra bien escrita y ensayada, ni una platea pasiva en busca de alguna emoción. Formamos un grupo llamado a participar de un acto creativo.

Intentamos mantener en cada clase, la estructura de una sesión psicodramática: caldeamiento, dramatización y eco grupal o comentario.

- Caldeamiento:

Se creó el clima grupal, contándoles una historia, con juegos iniciadores o relajantes, lecturas de cuentos, fábulas, leyendas, poesías; palabras u oraciones sugerentes, música, etc.

Cada taller tuvo lugar después de la jornada escolar, por lo que hubo tardes en las que mientras colocábamos el gimnasio, transformándolo en nuestro sitio de trabajo (actividad que servía de precaldeamiento general) se podía respirar el cansancio, o alegría, otras veces el aire era triste o cargado de tensión...

A medida que el grupo se iba consolidando como tal, ante las pautas de ejercicios o juegos incentivadores, a través de los que se introducían los bloques de contenidos temáticos, iban surgiendo, sin más, distintas propuestas de trabajo y proyectos de escenas, que tomaban forma y se configuraban, a partir

de lo que procedíamos a la elección, por parte del grupo, del tema y escenas a las que querían jugar y quiénes con quiénes lo harían.

- Dramatización:

Múltiples escenas se desplegaron a lo largo de las sesiones.

Múltiples personajes, reales e imaginarios, fueron recreados por los niñ@s, que encarnando diferentes roles, fueron accediendo a otras perspectivas, otros posibles ángulos desde donde sentir, mirar, pensar...

Unas veces trabajaron en subgrupitos, otras todos juntos en gran grupo y las más en dos grupos, comenzando a dramatizar el grupo que “estaba listo” y los demás, sentados “hacían de público” (finalizada cada escena y después del eco grupal pasaban los siguientes al rol de protagonistas).

Los niñ@s libremente, creaban sus escena, construían el espacio imaginario, marcaban la acción, definiendo sus roles y las características de sus personajes.

- Eco grupal:

Se trató de comentar lo que a cada uno les había suscitado las escenas y como las habían vivido los protagonistas y espectadores.

Expresando lo que les había impresionado, gustado, lo que no, lo que cambiarían, etc., Siempre sin juzgar la calidad de los “actores” y evitando cualquier juicio de valor sobre los compañeros.

8) Clases ejemplificadoras:

- Primera Clase: Bloque Contenidos: Presentación, Yo y este taller

Nos presentamos, utilizando para ello distintos juegos “micrófono”, “mi nombre y otro con balón”, etc. (Recopilación de juegos por la paz, de Arranz Beltran)

Luego sentados en corro, cada uno expresó a qué venía y que esperaba del taller. Se les explicaron los límites y normas, qué haríamos y qué no haríamos, etc.

Así, con juegos, diálogo y dramatizaciones exploratorias nos fuimos conociendo y rompiendo el hielo.

Las diferencias de edades eran grandes y algunos participantes confundían el “teatro” con el “recitado”.

También se pudo entrever, que por no se qué razón, todos los niños que se habían apuntado a esta actividad eran de los más “movidos, rebeldes” de sus clases, a excepción de una niña muy tímida que solo quería “hacer las cosas extremadamente bien”.

La labor sería la de acompañar a la formación de un grupo que aún no existía.

El desafío, la creación de un hecho educativo, un intento terapéutico de lo individual, a través de lo colectivo, una exploración de nuestra espontaneidad creativa, una provocación a lo establecido, un acto de resistencia a la cultura impuesta, al tener como meta una “transformación”.

La tarea no se vislumbraba fácil, aunque si, sumamente entusiasmante...

- Evolución del taller:

El clima fue, cada vez de mayor confianza y a medida que transcurría el tiempo, la participación se incrementaba y hacía más general...

Fue emocionante, contemplar como crecían cada uno, en y con el grupo, como iban adquiriendo la confianza, para poner en escenas sus vidas y como se ayudaban unos a otros a “rematrizar”.

Estábamos creando un espacio donde dramatizar alegrías y dolores. Se estaba gestando un grupo, como acontecimiento potenciador de afectos, como lugar para poder compartir con otros nuestros sentimientos. Posibilitándoles el acceso a lo nuevo, a lo desconocido, a un momento (conceptualizado desde la teoría moreniana) inherente al crecimiento personal y al proceso creativo.

- Séptima Clase: Bloque Contenido: Profesiones/ Oficios

El caldeamiento inespecífico se realizó a través de diversos ejercicios y juegos de ritmo, utilizando para ellos crócalos, triángulo y palmas.

Luego se utilizaron, unas fichas con imágenes de personas, realizando distintas profesiones y oficios. (Fichas no sexistas de “Me gusta hacer teatro 2, Testa Francesco), con las que se trabajó el contenido temático, realizando ejercicios, en individual, luego en parejas, pasando por último, a formar grupos, por medio de una elección psicodramática .

De la que surgieron dos grupos, con los oficios de conductora y cocinero, y muy rápidamente ya estaba el 1º grupo listo a dramatizar.

Escenas:

Escena 1: Conductora:

Representaron un viaje de excursión a una granja escuela.

Se sentaron en el suelo a modo de autobús, una niña, se sentó delante, a la izquierda, como conductora y con un micrófono imaginario, los regañaba por comer en el autobús, levantarse de los asientos, etc.

En el viaje hubo canciones, atascos, una maestra feliz que intentaba explicarlo todo y se dejaba llevar por el jolgorio general, un niño enfadado/triste, que fue animado por una compañera...

También representaron la llegada al albergue y terminaron cuando ya habían acomodado en el sitio sus mochilas y la maestra los llamaba a comer.

Comentario:

Me pareció muy rico ya que, como se vió en el comentario grupal, pudieron recrear muchos aspectos de sus realidades, dado a que, en este colegio se realizaba una salida de grupo clase /anual, de una semana, desde preescolar. También fue muy interesante ver como los que actuaban fueron captando la atención de los compañer@s “público”, que dejaron de charlar sobre lo que harían luego, para meterse enteramente en el papel de público y vivir con los compañer@s “actores” la escena.

El eco de esta escena fue sumamente florido y mostró gran impacto emocional.

Escena 2º: Cocinero

Representaron la elaboración de la comida del comedor escolar, de un modo voluntariamente desesmerado, en la que algunos ingredientes estaban tan malos que les daban asco a los propios cocineros y ayudantes de cocina. Cargaron lentamente las viandas en un coche, “para que lleguen frías” y acabaron la escena con la partida del vehículo hacia el colegio.

A partir de esta escena surgió una **3º Escena: Comiendo en el comedor que queremos:**

Comentario:

Participaron de tod@s, asumiendo los roles de alumn@s y monitoras de comedor y escenificaron un día, en el horario de comida, en el colegio, con la salvedad de que se les sugirió que jugaran “a como les gustaría que fuese”. Esto les entusiasmó y acabamos la clase vivenciando una experiencia muy grata y distendida, durante una comida escolar.

A través de la 2º Escena pudieron, de una manera creativa y poniéndose en otros roles, manifestar las artimañas para no comer que ideaba y su disgusto

con la comida del colegio (que por cierto, al tiempo se mejoró, cambiando el catering).

Así como vivenciar la hora de comedor de una manera agradable y diferente, en la 3ª Escena.

Se aprovechó el comentario grupal, para apuntar una serie de sugerencias de mejora del comedor, que fueron al trasladarlas a la comisión pedagógica, para su revisión.

9) Evaluación

Se han realizado tanto una evaluación continua, como una posterior a la realización de este taller.

Para ello se elaboró una pequeña encuesta evaluativa, que algunos años después, se les pasó a 14 de los 16 integrantes del grupo, ya jóvenes, en su mayoría.

Encuesta:

¿Qué recuerdo tienes del taller de juego teatral?

¿Crees que te ha servido de algo?

¿Qué aspectos te gustaron más?

¿Cuáles te desagradaron?

Define con una palabra o imagen el recuerdo que tengas del taller.

¿Qué cambiarías del taller?

Del análisis de las respuestas y evaluación escrita de cada clase (evaluación continua), se obtuvieron las conclusiones sobre el taller.

10) Conclusión

Entre el teatro y el psicodrama hay una línea difícil de establecer, fácil de transitar en una ida y vuelta permanente.

Aquellas sospechas iniciales de la posibilidad de combinar las clases de juego teatral con psicodrama, fueron confirmadas y se pudo comprobar la consecución de objetivos:

- Los niños, desarrollaron su potencial creativo, lúdico y espontáneo, trabajando con los roles sociales cotidianos y en la resolución de conflictos intergrupales.
- Se creó un espacio de confianza y complicidad, reconociendo y superando rabias, miedos, vergüenzas, etc.
- Se superaron luchas de poder, control y protagonismo, forjando un equilibrio ente ellos.
- Se desarrollaron los roles, pudiendo enfrentarse a ciertas situaciones con más y mejores estrategias.
- Se estimuló el respeto por la opinión del compañero, el diálogo y la escucha.

Y así crecimos con y en ese grupo de niñ@s, siendo una parte integrante “privilegiada”.

La valoración de esta experiencia es muy positiva, permitiéndome comprobar que el Psicodrama, fue un método muy eficaz en el trabajo grupal con estos niñ@s, obteniendo una mayor unicidad de grupo, un mayor sentido de pertenencia y un aprendizaje en resolución de conflictos.

Favoreciendo el desarrollo personal de est@s alumn@s, desde un planteamiento de una educación creativa, activa, crítica y participativa.

11) Bibliografía

- Arranz Beltran E: Recopilación de juegos por la paz (1987)
- Bello.MC: ¿Qué enseño cuando enseño? Ed. Colibrí, México (1999)
- Boal, A: 200 ejercicios para el actor y el no actor con intención de decir algo a través del teatro, Ed.Civilizaçao (1995)
- Bowlby, j: Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida, Ed.Morata (1986)
- Buchinder, M.J: Poética del desenmascaramiento, Ed.Planeta Arg. (1993)
- Callois, R.: Los juegos y los hombres, Ed.Fondo de cultura económica de Mexico (1967)
- Coll, C.: Psicología y currículum. , Ed. Paidós (1987)
- Elkonin: Psicología del juego, Ed.Visor (1980)
- Gili, E. y O´Donnell, F.: El Juego, Ed.Granica (1978)
- Herranz, T: Psicología evolutiva y psicodrama, Revista de psicología (1990) C.E.U.N pp.1-25
- Huici C: Estructuras y Procesos de Grupo, Ed.UNED (1985)
- Madruga J.A.G. y P.P.De León, Psicología evolutiva Ed.U.N.E.D (1992)
- Menegazzo, C. M.: Magia, mito y psicodrama, Ed.Paidós (1981)

- Moccio, F.: El taller de terapias expresivas, Ed.Paidós (1980)
- Moreno J.L. El Teatro de la Espontaneidad, Ed. Vancu, (1977)
- Moreno J. L: Psicodrama, 6º Ed.Hormé (1993)
- Paulousky, Moccio y Martinez Buquet: Psicodrama; cuándo y por qué dramatizar, Ed.Fundamentos (1979)
- Piaget, J. y B.Inhelder (1962): Psicología del niño, Ed. Morata (1982)
- Población Knappe P: Teoría y práctica del juego en psicodrama, Ed.Fundamentos (1997)
- Rojas Bermúdez J: ¿Qué es el psicodrama?, Ed.Celsius (1984)
- Shustzenberger A. Ancelín: Introducción al “Rolg playing”, Ed. Marova (1979)
- Shustzenberger A. Ancelín: Nuevas terapias de grupo, Ed. Pirámide (1980)
- Stanislavsky: El trabajo del actor sobre si mismo, Ed. Quetzal (1977)
- Testa Francesco: Me gusta hacer teatro 1 y 2, Ed. Everest (1988)
- Winnicot: Realidad y Juego, Ed. Granica (1972)