

Trabajo presentado en el 3er. CONGRESO URUGUAYO DE PSIQUIATRIA.
Montevideo, 17-19/XI/1983.

VITALIZACION DE PERSONAS CON SOBREVIDA LIMITADA Y EN CURSO DE DUELO

Dr. Mario Orrego Bonavita.* Director en Psicodrama

Sr. Jorge Alba Pinilla. Yo Auxiliar en Psicodrama

*"en recuerdo vivo
a nuestros pacientes"*

INTRODUCCION

Uno de los temas oficiales del III Congreso Uruguayo de Psiquiatría lo constituyó el de **La Muerte**.

Consideramos oportuno entonces transmitir la experiencia recolectada durante el trabajo psicoterapéutico con personas que consultaron por motivos relacionados y algunos conocimientos directamente derivados.

Se efectuó la exposición en cuatro comunicaciones libres, bajo el título de "Aportes del Psicodrama al tratamiento de pacientes con sobrevida limitada" y "Aportes del Psicodrama a la elaboración del duelo por la muerte ajena".

Estas comunicaciones constituyen una muestra de casos clínicos que ponen de manifiesto la utilidad del Psicodrama como recurso de elección.

La característica principal en ellas es su valor documental dado que todo lo que se dice se fundamenta en las reproducciones fieles (con aciertos y errores) de los fragmentos de sesión.

Consideramos que se trata de una experiencia solo transmisible a través de una reconstrucción tan completa de los hechos que incluya el componente vivencial; en la medida en que estas situaciones no se viven no se pueden entender.

Siendo el aspecto esencial la calidad e intensidad de los sentimientos emergentes apelamos a recursos de comunicación no verbal para lograr ese objetivo.

* Profesor Adjunto titular de Clínica Psiquiátrica.

En la sesión científica original del congreso se exhibieron los registros en televisión.

Intentamos crear la posibilidad de una situación psicodramática colocando al observador como si estuviera en nuestro lugar frente a problemas reales y absolutos puesto que son historias de verdad.

En la transcripción actual realizamos la reproducción textual del diálogo, añadiendo referencias respecto de las expresiones corporales en palabras e imágenes ilustrativas. Asimismo se procede a señalar en el análisis secuencial algunos comentarios técnicos y psicopatológicos orientadores.

Este trabajo se funda en doscientas cincuenta horas de tarea psicoterapéutica con pacientes, que se encuentra registrada por escrito en historias clínicas mecanografiadas y cinta grabada de televisión.

Se incluyen tres referencias acerca de trabajos específicamente vinculados con el tema y la técnica.

PARTE I:

"EL TRAYECTO VITAL"

HISTORIA CLINICA Nº 64

CINTA GRABADA VIDEO Nº 019

Situación real: Paciente joven, portadora de neoplasia en estado terminal. Sobrevida estimada como muy breve. Fallece a los seis meses. Mecanismos de defensa prevalentes de negación tipo maníacos.

Objetivos terapéuticos: No se trabaja la elaboración de la muerte en razón de que no ha sido comunicada y por la desproporción entre las defensas y el tiempo disponible.

Se plantea una meta limitada a reorganizar el programa de vida, dado que mantiene pendientes proyectos de realización personal a la espera de una curación por falsa promesa.

Técnica que ilustra el trabajo: "El trayecto vital". La paciente debe efectuar un relato de los acontecimientos de su vida y simultáneamente realizar el recorrido de un trayecto previamente establecido, cuyos puntos de comienzo y finalización coinciden con el nacimiento y la muerte.

Dada la consigna se aprecia un desarrollo de la biografía que progresa en forma natural hasta la situación de enfermedad actual. Desde ese punto del recorrido se objetiva un final próximo. El descubrimiento de esta posibilidad determina gran alarma y la aparición de una actuación

irracional que se evidencia en los hechos con un retroceso a posiciones previas y dándole la espalda al asunto.

Efecto del procedimiento: La tarea logra un mayor esclarecimiento para la paciente respecto de cómo reorganizar su vida presente, dedicando más tiempo a la realización personal inmediata y no a la atención de la enfermedad.

PROTOCOLO DE SESION

(Abreviaturas): P. = paciente; D. = Director en Psicodrama

Díálogos textuales y expresión corporal

Análisis

—P.: (RIE)

—D.: Bueno, pero la idea es ésta: que Ud. tiene proyectos vitales que desconsidera, que no están en su foco de atención, que Ud. está muy distraída de su vida por la enfermedad y eso nos preocupa a nosotros, ¿entiende? como terapeutas, que su tiempo no le pertenezca. Queremos tener más conciencia de cuáles son sus proyectos vitales. Ud. sabe que nosotros valoramos las palabras pero no confiamos por completo en ellas.

—P.: (SERIA) Sí.

—D.: Que por ahí consideramos que a través de otros recursos podemos lograr más información. Es un recurso que disponemos que es de orden dramático. Es muy simple, nada difícil, consiste en hacer un recorrido con un punto de partida y un punto de llegada que sería su vida ¿no? y en ese recorrido señalar... sería su biografía, ¿no?... momentos que considere importantes ¿comprende?

—P.: Sí. (SERIA)

—D.: Es otro tipo de registro, ¿comprende? Este... que tienes dentro y que es muy rico y que va a complementar lo que expresas verbalmente. Adelante.

—P.: Yo qué sé... bueno, y que nací, viví, fui muy feliz en mi infancia. (RIE)

—D.: Bueno, eso es un recorrido, ¿no?

—P.: (BURLONA) Ta, un pasito y la... y después... la muerte de mi hermano. (SERIA)

La actitud directiva se asume considerando el principio de realidad. No se puede invertir tiempo en trabajar con resistencias. Se consideran de inmediato los conflictos subyacentes.

Formulación de la consigna.

El proceso de caldeamiento se prolonga por espacio de diez minutos, se trata de su primera sesión de Psicodrama.

Comienza el trayecto.

En su desarrollo se destacan inicialmente tres aspectos:

- 1) fue feliz en la infancia;
- 2) refiere la muerte de los otros de modo recurrente;
- 3) la cohesión afectiva del grupo familiar.

- D.: ¿Será a esa altura?...
- P.: Sí, y después...
- D.: Y después la vida continúa.
- P.: Continúa...
- D.: ¿Cómo es?
- P.: Seguí muy feliz... con mi familia fui muy feliz, toda mi familia también, una unión muy grande, y después el fallecimiento de mi padre.
- D.: ¿Ahí en qué edad estamos? ¿qué edad tenés ahí?
- P.: (AVANZA DE COSTADO) 15 años.
- D.: ¿Después sigues...? En realidad el recorrido es para adelante ¿no?, ¿eh?
- P.: Para allá. (RIE)
- D.: O.K. sigue ahí.
- P.: Bueno, fue el fallecimiento de mi hermano. No, ¿qué?, de mi padre, ¿no? 15 años. Ta. Transcurrió... ¿qué más? Bueno, ya... después nos vinimos a Montevideo, fue el fallecimiento de mi hermano. (SERIA)
- D.: ¿Qué edad tienes ahí?
- P.: 20
- D.: ¿Después cómo sigue?
- P.: (DA UN PASO PERO INDECISO) Luego, como algo importante, el arreglo, con... que me arreglé con mi novio, a los 21, al año siguiente, ta, y luego la vida siguió, empecé a trabajar.
- D.: ¿Cómo es eso? el recorrido ¿no?
- P.: (DA UN PASO MAS Y RETROCEDE, LUEGO RIE Y HABLA FUERTE) Pero yo no puedo seguir mucho por que la vida no me queda mucho, yo no quiero morir, por acá es todo eso. (RIE, RETROCEDE NUEVAMENTE)
- (Ver Foto 1)
- D.: ¿Bueno, entonces puedes hacer otro recorrido? Empezar de vuelta, calculando...
- P.: ¿Más chiquito? no, está bien, está bien lo vamos a hacer con espacio más chiquito ¿no?
- D.: ¿Así que condensas esto? Andás por ahí.
- P.: Todo eso me queda por vivir. (CON ENFASIS)
- D.: Hasta ahí pasó todo lo que has dicho, 21 años.
- P.: 21 años.

Objetiva la realidad frente a la muerte concreta que ubica en el espacio geográfico inmediato y surge la defensa maniaca. Puede expresar su tragedia por el clima lúdico. No le está pasando realmente eso; juega a "como si" le pasara.

En realidad le queda muy poco trayecto por recorrer (la muerte está a pocos pasos) en el escenario.

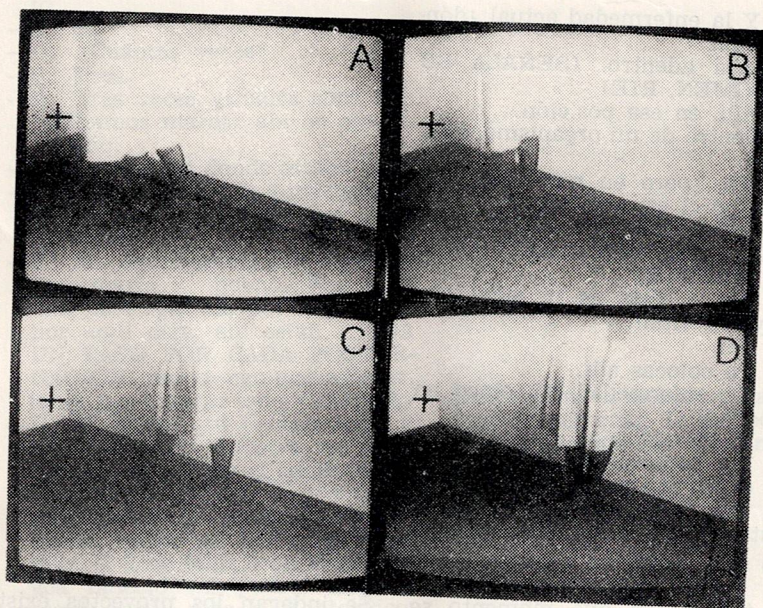


FOTO 1

- D.: Y ahí ¿cómo estás en esa situación?
- P.: ¿A los 21 años? que empecé a trabajar... estoy bien, es decir, con un dolor pero estoy bien. (TRISTE)
- D.: ¿Con un dolor?
- P.: Pero me siento... yo qué sé, más realizada.
- D.: ¿Con qué dolor?
- P.: Cuando falleció mi hermano. Bueno, la vida transcurre, transcurre, transcurre.
- D.: ¿Y eso espacialmente dónde está?
- P.: Un pasito (RIE Y MIRA DE REOJO A LA MUERTE)... no vaya a llegar a la muerte muy rápido. (RIE)
- D.: Allá está la parca.
- P.: Allá está la guillotina... y este... ¿qué más?... (RIE)
- D.: ¿La actualidad dónde está? ¿Ahí?
- P.: Acá.
- D.: ¿Son?
- P.: 27 años.
- D.: 27 años ¡en ese pedacito fueron 7 años!
- P.: 7 años.

Se aprecia la actitud evitativa de la paciente de hablar de algo penoso.

A partir de aquí hace múltiples referencias que denotan un mani-fiesto humor negro.

- D.: Y la enfermedad actual ¿dónde está?
- P.: Acá adentro. (SEÑALA SU ABDOMEN, RIE)
- D.: Allí, en esa posición...
- P.: Dentro de mi organismo. (SERIA)
- D.: Ta, ¿pero en recorrido, ubicada en el espacio? ¡Allí!
- P.: Sí. qué ¿me acerco más allá? (RIE, GESTO EN DIRECCION A LA MUERTE)
- D.: No... ¡ésta es tu vida! ¡Tu trayecto vital!
- P.: Ahí.
- D.: Tú colocas allí...
- P.: La enfermedad la coloco en mi edad.
- D.: En tus 27 años.
- P.: Por supuesto.
- D.: O sea que queda todo aquello.
- P.: Por recorrer. Pienso que el resto de mi vida será aquello No sé... cómo va a pasar...
- D.: Bueno, y los proyectos que tú tienes. ¿en qué momento se irían realizando en ese recorrido?
- P.: Yo, varios proyectos los hubiese realizado antes. Casarme, por ej. antes... ¿no? (TRISTE) bueno, yo qué sé... formar una familia, tener hijos.
- D.: Pero eso puede ser recorrido, ese trayecto, porque es imaginario, ¿verdad?
- P.: Puede ser recorrido.
- D.: ¿Dónde estaría el casamiento ahí?
- P.: (RETROCEDE UN PASO) Si yo pudiera, acá mismo.
- D.: Bueno... si tú pudieras, pero acá puedes, acá digo, en esta situación, que no es como la realidad, sino imaginaria, tú puedes.
- P.: Ta, que por una cosa equis se para.
- D.: Como algo inmediato, ¿no? tu mediatizas la realización de tus proyectos existenciales al logro de la cura total. "Si el médico da permiso me caso".
- P.: (ESCUCHA ATENTAMENTE Y ASIENTE) Y... no una cura total porque yo no... no basta una cura total... eso... eso está supeditado no sé a qué en este momento.
- D.: Pero lo cierto es que has

Duda.

Se indagan los proyectos existenciales, propiciando su realización.

Se trata de que realice su fantasía.

El desarrollo social vital de la paciente está detenido.

- postergado tu fecha de casamiento.
- P.: Sí.
- D.: ¿Cuántas veces?
- P.: Tres.
- D.: Tres veces. ¿Cuáles son? Las podríamos marcar ahí en ese recorrido.
- P.: Por acá era donde estaba, ¿no?
- D.: Por ahí era que ¿qué? que te enfermabas y la actualidad ¿dónde anda?
- P.: No, aquí estaba, por aquí me enfermaría... bueno. Por aquí una postergación, por aquí otra, por aquí otra, ahí están... (DA UN PASO POR CADA POSTERGACION) pero tengo que esperar, tengo que esperar todo. (TRISTE)
- D.: Sí, ahora ¿tú te animarías a hacer el recorrido otra vez pero rápido, ¿no? hasta el casamiento?
- P.: (RECITANDO) Qué vida... después las adversidades de mi infancia, murió mi hermano, seguí feliz, el liceo feliz, todo lo demás, acá falleció mi padre; después seguí, seguí, vine a Montevideo, falleció mi hermano, me arreglé y aquí me enfermé... acá me enfermé y aquí... (EMPIEZA A REIR)... aquí me caso. Este pie en falso es el casamiento. (RIE)
- D.: Pero no lo das ese paso.
- P.: Acá está, acá está, tengo que consultarlo. (RIE)
- D.: Qué miedo le tenés a dar el paso, ¿eh?
- P.: De qué, ¿de casarme? No, al revés, no no tengo miedo de casarme.
- D.: Pero el paso, cómo se dice, no te animás a darlo.
- P.: No me animo a darlo por la enfermedad que es lo que voy a preguntar. (SONRISA TRISTE)

Existen impedimentos para su realización personal; lo reconoce pero ni siquiera a nivel de fantasía lo puede asumir.

Es de destacar que la paciente en ningún momento de la dramatización llega a trasponer el límite del tiempo presente; ni aún en la fantasía llegó a prolongar su vida restante.

PARTE II:

"DRAMATIZACIONES SIMBOLICAS"

HISTORIA CLINICA Nº 087

CINTA GRABADA VIDEO Nº 014

Situación real: Paciente joven, portadora de neoplasia. Sobrevida estimada en años; fallece a los tres años. Mecanismos de defensa prevalentes de evitación tipo fóbico.

Objetivos terapéuticos: Se trabaja la elaboración de la muerte en términos simbólicos en razón del intenso miedo de la paciente, incrementado por las intervenciones medicoquirúrgicas.

Se trabaja la reorganización del programa de vida, muy restringido por las fobias y la depresión reactiva.

Técnica que ilustra el trabajo: "Dramatizaciones simbólicas". Consiste en la realización de dramatizaciones que consideran de modo indirecto la realidad que el paciente no puede tolerar. Al protagonista le es imposible enfrentarse con su propio miedo a morir o luchar por su vida.

Se crea una situación de similar contenido que "le sucede a otro", con la consigna de ayudar'lo a resolverla.

Ejemplo 1. — "que le saque el miedo a una persona atemorizada".

Ejemplo 2. — "que le dé ánimo a una persona que no puede luchar por sobrevivir".

La técnica permite al sujeto internalizar un modo efectivo de resolver sus propios conflictos.

Efecto del procedimiento: Se logra cierta animación vital, ayudando a la paciente a sobrellevar la situación y enfrentar contratiempos.

Ejemplo 1. — "QUE LE SAQUE EL MIEDO A UNA PERSONA ATEMORIZADA"

PROTOCOLO DE SESION

(Abreviaturas): P. = Paciente; D. = Director en Psicodrama;
A. = Yo Auxiliar en Psicodrama

Diálogos textuales y expresión corporal	Análisis
—D.: Pero y ¿qué podemos hacer con este miedo?	Se refiere a su miedo genérico (fobias).
—P.: No sé, siempre lo voy a tener.	
—D.: Es tuyo.	
—P.: Sí, igual que la muerte. (SILENCIO) No dejo salir a Juan al balcón por temor a que se caiga y a Teresa sí.	Sorprende la utilización de la palabra muerte, que nunca menciona. Desplaza el miedo de morir al hijo con el que se identifica.
—D.: Pero lo que pasa que a Juan lo sientes como una parte tuya.	
—P.: ¿Y por qué a Teresa no, si son los dos hijos míos?	
—D.: Pero tú dices que él se te parece.	
—P.: Ah, sí.	
—D.: Que él tiene tus mismos...	
—P.: (CON AMARGA CONVICTACION) Sí, tiene mis mismos miedos y... mi mismo carácter.	

—D.: O sea que la comunicación con él es diferente. El miedo a que se caiga él es el miedo a que te mueras vos, ¿no?

—P.: Sí, no lo dejo vivir.

—D.: Pero vos tampoco te dejás vivir.

—P.: Pero no puedo arrastrar a un ser humano con mis cosas, ¿no?

—D.: A vos tampoco. No sé si te queda claro que vos te atás.

—P.: Sí, con el miedo me ato.

—D.: ¿Cómo podrías representar el miedo, acá?

—P.: Ay, es muy difícil...

—D.: Tu relación con el miedo ¿Cómo podrías representarla?

—P.: (INDECISA) No sé... el miedo lo podría representar así... (SE TAPA LA CARA CON LOS BRAZOS)... Pero mi relación con el miedo, así. (SOSTIENE EL SACO CON LA MANO).

(Ver Foto 2)

—A.: (ENTRA EL YO-AUXILIAR EN ESCENA)

—D.: El va a ocupar tu lugar.

—P.: Bueno (INTENTA SALIR DEL ESCENARIO)

Se encuentra paralizada por el miedo; liberarla es uno de los objetivos terapéuticos.

Se intenta pasar de la palabra a la acción.

Concretizadores objetivos: el miedo deja de ser una abstracción y se hace tangible en la cosa.

Inversión de roles.

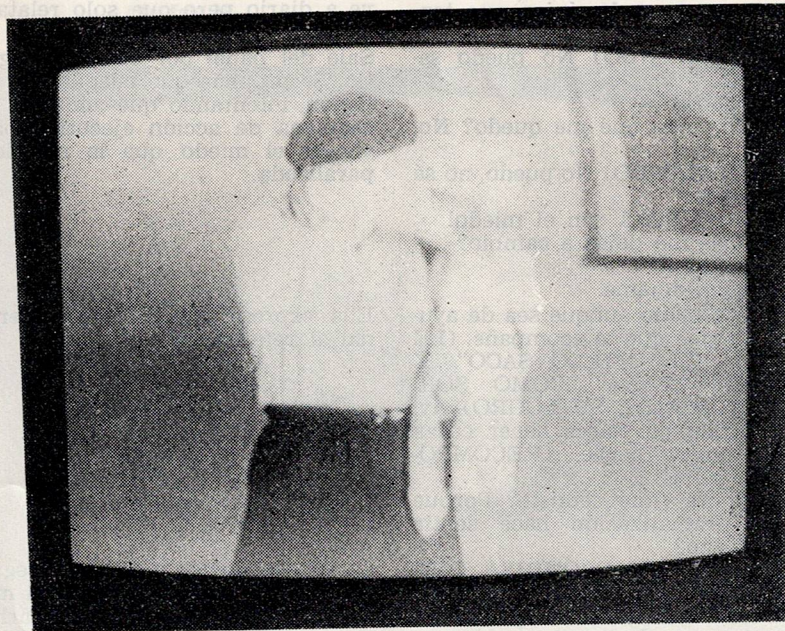


FOTO 2

- D.: No, pero quedate acá.
 —P.: ¿En dónde me quedo?
 —D.: El ocupa tu lugar.
 —P.: Bueno.
 —D.: El saco relacionalo contigo de alguna manera. Entonces, ¿cómo, Ana, tratás de ayudar a esta persona?
 —P.: ¿Yo? y le sacaría las manos así... (LO TOMA DE UN BRAZO Y UNA MANO CUIDADOSAMENTE) no sé, no tengo fuerzas en las manos... o le sacaría el saco que es el miedo... (LO HACE LENTAMENTE) y le abriría las manos... (LE BAJA LAS MANOS) sí, es fácil decirlo pero muy difícil de conseguir.
 —D.: Vamos a reproducir esto. El sigue con miedo.
 —P.: Pero ya no lo tiene... él sigue con miedo y no sé qué hacer.
 —D.: Pero volvamos a la situación original. (TRATA DE REPETIR LA SITUACION ANTERIOR PERO EL YO AUXILIAR SE LO IMPIDE. ELLA FORCEJEA CON FIRMEZA)
 —A.: (CON TONO ANGUSTIOSO) No me lo saques no, no me lo saques, no, es lo único que tengo, no.
 —P.: (GIMIENDO) No puedo sacárselo.
 —D.: Probá.
 —A.: No, ¿con qué me quedo? No, no.
 —P.: (GIMIENDO) No puedo, no sé sacárselo.
 —D.: ¡Pero luchá con el miedo!
 —A.: ¿Qué me dejás a cambio?
 —P.: No sé.
 —A.: Algo, dejame.
 —P.: Una mano aunque sea de ayuda, alguien que te acompañe. (LE SACA "EL MIEDO-SACO" Y QUEDA "DURA", COMO SORPRENDIDA DE SU LOGRO) Ay, mirá que me hacés hacer cosas que nunca pensé. (RECOMPONIENDOSE).
 —D.: Ahora ¿qué sentiste? Porque esta dramatización hace sentir cosas ¿no?
 —P.: (CON UNA SONRISA QUE MUESTRA SU VIVENCIA EXLTOSA) Ay, sí, no sé que sentí, sentí ganas de llorar porque me vi a mí con el miedo que tengo y

"Rollo" o modelo teórico intelectual de cómo hay que proporcionar ayuda.

Suena inauténtico.

Reconoce la distancia entre el modelo y la realidad. Pero ahora conocemos su idea de ayuda.

Se intenta poner a prueba su modelo.

Interpolación de resistencias: Se interpone una dificultad a la acción que intenta, para sacarla de su esquema intelectual.

Diálogos en la dramatización.

El Yo Auxiliar expresa activamente la desesperación que la paciente vive a diario pero que solo relata.

Sale del papel por excesiva angustia. Se propicia que busque una solución, intentando que adquiera un esquema de acción ejecutivo para vencer el miedo que la mantiene paralizada.

Ella expresa una necesidad personal al referirse al otro.

La dramatización permite integrar dos aspectos de su persona: el miedo y su capacidad de controlarlo.

En pocos segundos se obtiene el compromiso emocional de la pa-

sentí miedo de no poder sacarle el miedo a él.

ciente que se angustia por no ser capaz de "sacarle el miedo" (objetivado en el saco) al otro.

El Auxiliar regula la oposición a fin de mantener un equilibrio entre la emoción aparecida y la posibilidad de encontrar una respuesta adecuada elaborativa del conflicto. Llevar la situación a un nivel muy elevado de intensidad emocional produciría en el mejor de los casos un efecto catártico solamente.

Ejemplo 2. — "QUE LE DE ANIMO A UNA PERSONA QUE NO PUEDE LUCHAR POR SOBREVIVIR"

—D.: En tu cabeza había sólo... o por lo menos constantes pensamientos negativos, suicidas, incluso.

Cursa depresión reactiva a la situación.

—P.: No me asustes con esa palabra.

Surge la fobia que dificulta el trabajo de la muerte.

—D.: No, yo estoy asustado con otra, ahora que dices entregada, queremos saber qué significa.

—P.: Yo creo que me da lo mismo una cosa que otra.

Reconoce la posibilidad de esa muerte en forma vaga.

—D.: ¿Cómo podrías representar con tu cuerpo la palabra?

(Ver Foto 3)

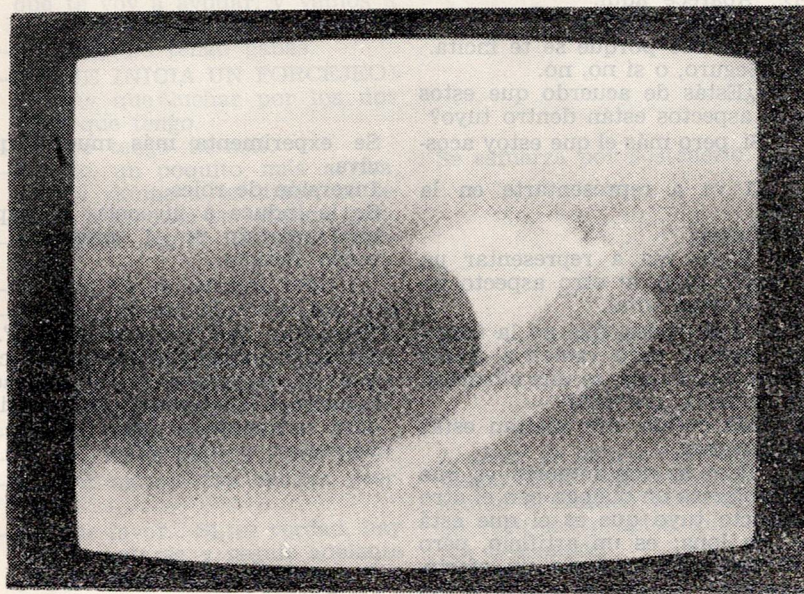


FOTO 3

- P.: La palabra entregada. (SE ACUESTA)
- D.: Y ¿cuál sería la imagen complementaria de ésta? o sea, la opuesta. (SE PARA) ¿Podés volver a la "entregada"? ¿El soliloquio sería...?
- P.: (CON VOZ TENUE) La enfermedad puede más que yo... que me queda poco tiempo, no tengo ganas de levantarme, cierro los ojos, no veo nada, no siento nada y así me quedaría. Esto lo hago todas las mañanas desde las siete y media hasta las diez de la mañana en la cama, no me quiero levantar.
- D.: Y así te quedás... y ¿la otra? ¿el soliloquio de esa?
- P.: (SE PARA Y RECITA) Quiero vivir, voy a luchar... por hacerlo, tengo dos hijos chicos que tengo que ayudar a criar; la enfermedad no es tan grave como a mí me parece, me va a ir bien en la operación.
- D.: Esta semana fue toda "en la lona"...
- P.: Toda en la lona.
- D.: Y ¿ésta de ahora?
- P.: Y ésta de ahora...
- D.: Aparece aquí.
- P.: Aparece aquí, sí.
- D.: Aparece porque se te incita.
- P.: Seguro, o sí no, no.
- D.: ¿Estás de acuerdo que estos dos aspectos están dentro tuyo?
- P.: Sí, pero más el que estoy acosada.
- D.: El va a representarte en la lona.
- P.: Bueno.
- D.: Y tú vas a representar un aspecto tuyo, el otro aspecto tuyo, la Ana vital.
- P.: Lo que pasa, que no la tengo.
- D.: Bueno, pero vamos a tratar de recrearlo acá, es una situación imaginaria, ¿verdad?
- P.: Me cuesta, me cuestan estas situaciones.
- D.: Pero lo que importa es que establezcas un diálogo con el otro aspecto tuyo que es el que está en la lona; es un artificio, pero se pretende producir un efecto, ¿verdad? entonces establece un diálogo en los términos que quie-

Yace como muerta; se aprecia la elocuencia de las formas.

En la situación dramática reconoce la inminencia de su muerte.

Indagada refiere el "rollo" cultural o modelo teórico de cómo "debe ser" vital.

Se experimenta más muerta que viva.

Inversión de roles.

Se le induce a vivenciar el papel vital referido en el soliloquio de modo ficticio.

Transmite que "ya está muerta". Situación contratransferencial crítica. El terapeuta se ve obligado a hacer una digresión informativa para recuperar su rol. Se resiste a dramatizar.

- ras con...
- P.: Ana, por qué no te levantas, le hacés la leche a los nenes, vas a la feria.
- A.: No quiero, quisiera tener los ojos cerrados todo el tiempo.
- P.: Me cuesta, Mario, porque eso es lo que quiero yo.
- D.: Pero la consigna que yo te doy a ti es que trates de modificarlo a él.
- P.: (VOZ MONOTONA Y SIN FUERZA)
Hay que levantarse, porque hay que luchar por vivir, la operación no va a ser tan difícil, hasta ahora salió todo tan bien... tengo que luchar por vivir.
- A.: Quiero estar así.
- P.: Pero hay gente que te va a ayudar.
- A.: Quiero tener los ojos cerrados, no pensar en nada.
- P.: No sé que decirle, Mario.
- D.: Tú tienes que producir determinado efecto sobre él, y si las palabras no te alcanzan, sería oportuno que usaras otros recursos para producir un cambio en él.
- P.: (SE AGACHA Y LO TOMA DE UNA MANO) Vení conmigo que te voy a ayudar, y vamos a luchar juntos para salir adelante.
- A.: Pero no tengo ganas.
- P.: (SE INICIA UN FORCEJEIO)
Sí, hay que luchar por los dos hijos que tengo.
- A.: No tengo fuerzas.
- P.: No, un poquito más arriba, no, ya vamos a terminar, la semana que viene se termina todo.
- A.: Mejor cierro los ojos tranquilo.
- P.: No, ya se termina todo.
- A.: Es más cómodo tener los ojos cerrados.
- P.: No, ya se termina, ya se termina, te van a ayudar, que se termina todo, por favor levántate.
- A.: No tengo fuerzas.
- P.: Ay, no sé Mario... por favor.
- A.: Tú me quieres ayudar, ¿verdad?
- P.: Por favor... Sí, es verdad, hay que levantarse y seguir adelante porque la enfermedad no es tan grave como parece.

Vuelve al rol vital aunque solo verbalmente.

Se niega a luchar.

Se refuerza la consigna de inversión de roles a los efectos de que pueda desempeñar el papel.

Abandona el rol fácilmente.
Hasta aquí la dramatización es sólo verbal.

Se busca que la paciente nos muestre en actos la forma de ayuda que concibe como eficaz.

Se esfuerza por sostenerlo.

A pesar de salirse del rol, momentáneamente, está atrapada por la acción dramática, poniendo en juego recursos propios que ella misma desconoce.

- A.: (HACIENDO FUERZA HACIA ABAJO) Yo me caigo si no me ayudas.
 —P.: Yo no tengo más fuerzas para levantarte.
 —A.: Me caigo, me caigo. (CAYENDO)
 —P.: No puedo hacer fuerza. Ahora vamos a luchar los dos juntos y vamos a salir adelante. (LOGRA PONERLO DE PIE)

(Ver Foto 4)

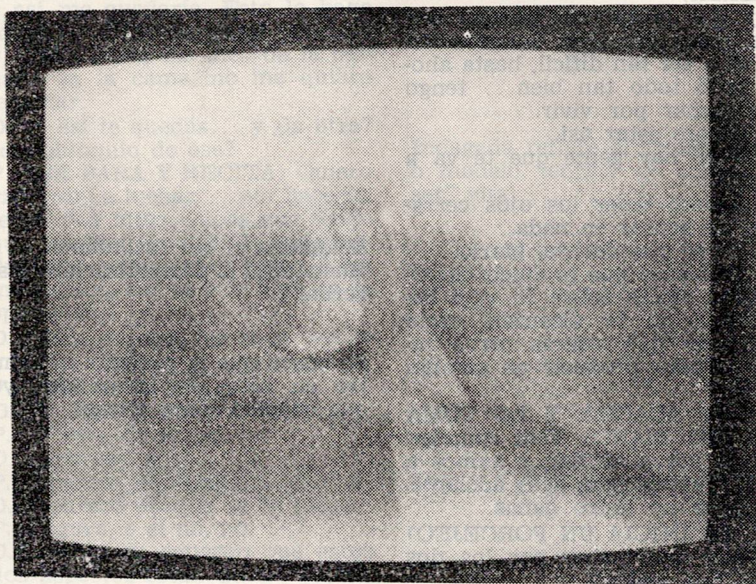


FOTO 4

- A.: ¿Para qué me levantan?
 —P.: Para luchar, para vivir... para mis hijos que me precisan tanto.
 —A.: Me caigo.
 —P.: No, no, no, Dios nos va a dar fuerzas para salir de esto y de tantas otras cosas.
 —A.: No me vas a dejar solo.
 —P.: No.
 —P.: Sí, no quería venir, no.
 —D.: Pero lo que pasa es que tenemos que removerte para que por ahí las ganas de reaccionar y luchar por la vida y por vos reaparezcan o se refuercen.

ETAPA DE COMENTARIOS: Alude a que no tenía ánimo ni para venir a la sesión.

- P.: (SONRIENTE, CON VOZ CLARA Y FUERTE) Ves, ahora tengo ganas de ir a mi casa, arreglar los placares, y ordenar.
—A.: Porque apareció la vida.

Aparece expresada la reanimación obtenida durante esta sesión de Psicodrama.

Como la paciente no podía ayudarse, mediante la Inversión de Roles, se la coloca en situación de ayudar a otro. Su dificultad se objetiva en el yo auxiliar. El compromiso se hace diferente y puede salir de su paralización habitual para ayudar a otro. Este objetivo logrado es doblemente eficaz porque 1) pudo ayudar a otro —romper la inhibición motriz— y 2) ese otro era ella misma.

PARTE III:

“OBJETO INTERMEDIARIO” (Duelo por la muerte propia)

HISTORIA CLINICA Nº 130

CINTA GRABADA VIDEO Nº 032

Situación real: Niña portadora de tumor cerebral evolucionado. Sobrevida incierta. Mecanismos de defensa prevalentes de negación tipo maníacos.

Objetivos terapéuticos: No se plantea la elaboración de la muerte ni la reorganización del programa de vida.

Se exploran las fantasías en relación con:

- a) el pronóstico del tumor cuya existencia conoce;
- b) las necesidades de su asistencia.

Técnica que ilustra el trabajo: “Objeto Intermediario”. Los títeres son muy utilizados en el tratamiento de niños por ser para ellos instrumentos naturales de comunicación.

Constituyen objetos que intermedian la relación médico-paciente.

Permiten el mantenimiento del diálogo sobre temas con alto poder de movilización de ansiedad que no pueden ser considerados en la relación de entrevista directa.

Efecto del procedimiento: Se logran eludir los mecanismos defensivos y obtener información respecto de cómo siente la realidad que experimenta. Expresa la necesidad de recibir un trato afectuoso.

PROTOCOLO DE SESION

(Abreviaturas): MED. 1 = Médico Psiquiatra Clínico; MED. 2 = Director en Psicodrama; TITERE P. = Manipulado por el paciente; TITERE M. = Manipulado por MED. 2.

ENTREVISTA DE ENCUADRE VERBAL TRADICIONAL, DE CONTROL EVOLUTIVO DE LA PACIENTE. EN SU DESARROLLO, HACIA LOS 20 MINUTOS, SE ORGANIZA ESPONTANEAMENTE UN ENCUADRE DRAMATICO.

Diálogos textuales y expresión corporal

Análisis

MED. 1: Un periodo entre la parálisis facial. (LA PACIENTE SE LEVANTA DE IMPROVISO) y...

MADRE: alarmada, vigilando con la mirada a la hija ... seis años, más o menos.

MED. 1: El año que empezó a asistirse...

MADRE: Ella se asistía porque ella para los nervios en Bs. As. tomó DEANER 100, en pastillas, tomó DOGMATIL, tomó CESARIL de niños, ella se atendió de los nervios... ¡Luz María sentate!...

¡Luz María! (REZONGO)

MED. 1: Son unos títeres.

PACIENTE: ¿Puedo agarrarlos?

MED. 1: ¡Agarrá!... ¡Agarrá!

PACIENTE: (REGRESA CON UNA CAJA LLENA DE TITERES. JUEGA SOLA MIENTRAS CONTINUA LA ENTREVISTA)

MADRE: Sentate. Ella estaba atendida de los nervios lo que no... La trataban por trastornos de conducta nada más; como los electros habían salido normales... eran trastornos de conducta que ella tenía.

MED. 1: La trataron a permanencia por trastornos de conducta.

MADRE: Claro, porque nosotros cambiamos porque...

MED. 1: En estos últimos 5 años...

MADRE: Claro, se trataba por la conducta nada más, antes no se trataba porque lo único que a ella le daban convulsiones era por... tenía angustia... le venían convulsiones y se le iban... yo nunca la...

PACIENTE: (INTERRUMPIENDO) Si tiene material yo le hago muñequitas.

MED. 1: ¿Material?

PACIENTE: Sí.

MED. 2: En este momento, no dispongo.

Sale del contexto de la entrevista dirigiendo su atención al ambiente. Se interesa por los títeres que descubre por encima de su altura, oteando, en otro ambiente.

PROTOCOLO DE SESION

(Abreviaturas): MED. 1 = Médico Psiquiatra Clínico; MED. 2 = Director en Psicodrama; TITERE P. = Manipulado por el paciente; TITERE M. = Manipulado por MED. 2.

ENTREVISTA DE ENCUADRE VERBAL TRADICIONAL, DE CONTROL EVOLUTIVO DE LA PACIENTE. EN SU DESARROLLO, HACIA LOS 20 MINUTOS, SE ORGANIZA ESPONTANEAMENTE UN ENCUADRE DRAMATICO.

Diálogos textuales y expresión corporal

Análisis

MED. 1: Un periodo entre la parálisis facial. (LA PACIENTE SE LEVANTA DE IMPROVISO) y...

MADRE: alarmada, vigilando con la mirada a la hija ... seis años, más o menos.

MED. 1: El año que empezó a asistirse...

MADRE: Ella se asistía porque ella para los nervios en Bs. As. tomó DEANER 100, en pastillas, tomó DOGMATIL, tomó CESARIL de niños, ella se atendió de los nervios... ¡Luz María sentate!...

¡Luz María! (REZONGO)

MED. 1: Son unos títeres.

PACIENTE: ¿Puedo agarrarlos?

MED. 1: ¡Agarrá!... ¡Agarrá!

PACIENTE: (REGRESA CON UNA CAJA LLENA DE TITERES. JUEGA SOLA MIENTRAS CONTINUA LA ENTREVISTA)

MADRE: Sentate. Ella estaba atendida de los nervios lo que no... La trataban por trastornos de conducta nada más; como los electros habían salido normales... eran trastornos de conducta que ella tenía.

MED. 1: La trataron a permanencia por trastornos de conducta.

MADRE: Claro, porque nosotros cambiamos porque...

MED. 1: En estos últimos 5 años...

MADRE: Claro, se trataba por la conducta nada más, antes no se trataba porque lo único que a ella le daban convulsiones era por... tenía angustia... le venían convulsiones y se le iban... yo nunca la...

PACIENTE: (INTERRUMPIENDO) Si tiene material yo le hago muñequitas.

MED. 1: ¿Material?

PACIENTE: Sí.

MED. 2: En este momento, no dispongo.

Sale del contexto de la entrevista dirigiendo su atención al ambiente. Se interesa por los títeres que descubre por encima de su altura, oteando, en otro ambiente.

PACIENTE: Ah, ¡qué lindo! (AL TOMAR UN TITERE CON LA MANO)

MED. 1: O sea que durante su... cuando volvió a Montevideo ella tenía 6 años.

MADRE: No, no, no,.... yo volví a Montevideo... en el 81 vine a Montevideo.

MED. 1: En el 81...

MADRE: Yo la traté en Bs. As. a ella.

MED. 1: Ella tenía ¿qué edad?

MADRE: Tenía 6 años, no había cumplido 6 años y le vino parálisis por abril más o menos.

PACIENTE: (CON TITERE EN LA MANO) Hola. hola. (EL MED. 2 AL APRECIAR EL CALDEAMIENTO ESPONTANEO DE LA PACIENTE CON EL TITERE ABANDONA EL ENCUADRE TRADICIONAL Y SE DISPONE A TRABAJAR CON EL ENCUADRE DRAMATICO)

(Ver Foto 5)

Autocaldeamiento. (Foto 5 A)

La hipótesis que se formula en ese momento es que la paciente va a poder comunicarse mejor con el Objeto Intermediario. (Foto 5 BCD)

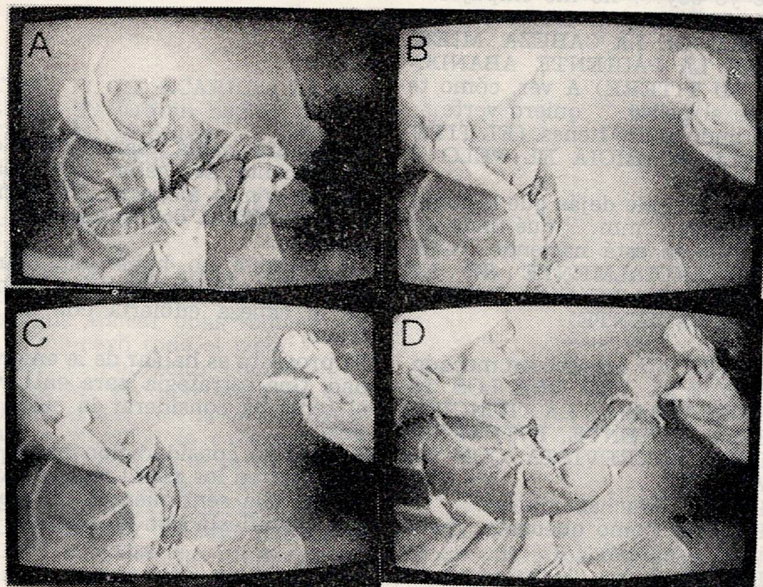


FOTO 5

MED. 1: Pero vos te acordás de cómo estabas el año pasado.

PACIENTE: Ajá, me acuerdo pero...

MED. 1: ¿Te acordás cuando estu-
viste internada, cuando nos cono-
ciste a nosotros?

PACIENTE: Sí. (MIRANDO EL TI-
TERE QUE TIENE EN LA MA-
NO)

MED. 1: Y vos, ¿por qué pensás que
estuviste internada allá, qué nota-
bas vos?

PACIENTE: Porque estaba medio
turulata.

MED. 1: ¿Turulata? (APARECE TI-
TERE MANEJADO POR MED. 1;
MED. 1 y MADRE SE OYEN AL
FONDO)

TITERE P: Hola.

TITERE M: ¿Cómo andás?

TITERE P: (CON EL TITERE QUE
TENIA DESDE EL PRINCIPIO)
Bien.

TITERE M: Dame un besito.

TITERE P: Mua.

TITERE M: Qué boca grande tenés.

TITERE P: Gracias.

TITERE M: Me asustás, cuidado
que yo soy... no me empujes.

(EL TITERE LE SACA EL PA-
ÑUELO DE LA CABEZA, MIEN-
TRAS LA PACIENTE ABANDO-
NA SU TITERE) A ver, cómo te
crece el pelito... quiero verte...
qué lindo pelito tienes. (EL TITE-
RE LE ACARICIA EL PELO Y
LA CARA)

TITERE M: ¿Me dejás que te toque
el pelito?... mm... qué lindo pe-
lito que te está naciendo. (CIR-
CUNSTANCIALMENTE SE LE
DESPRENDE PELO AL TITERE
DE LA PACIENTE).

(Ver Foto 6)

PACIENTE: Me arrancó un mechón.
(MED. 2 AL VER QUE LOS TI-
TERES ATRAPAN LA ATENCION
DE LA PACIENTE, INTERRUM-
PE LA ENTREVISTA CON LA
MADRE)

TITERE P: Muchas gracias.

TITERE M: Cómo quedaste, ¿pela-
dita?... ¿antes?

TITERE P: Sí.

TITERE M: Y... ¿no te enojaste
mucho?

TITERE P: No.

TITERE M: ¿No te enojaste?

TITERE P: No.

TITERE M: Mirá yo estoy sin pelo
y me pintaron la cabeza.

Se logra una captación súbita de
la atención; le sonríe de inmediato.
Dramatiza con su títere sin consi-
derar la conversación de fondo que
alude explícitamente al tumor.

La madre había manifestado que
la paciente se había perturbado
mucho con la alopecia sobrevenida
a consecuencia del tratamiento on-
cológico.

La paciente no habla espontánea-
mente de su enfermedad y mantie-
ne la cabeza cubierta con un pa-
ñuelo.

El proyecto es hablar de la enferme-
dad. Una estrategia para entrar en
el tema es considerar la caída del
pelo.

Resiste su consideración hasta que
se invierten los roles; surgen enton-
ces en ella sentimientos de piedad
que manifiesta con su títere.

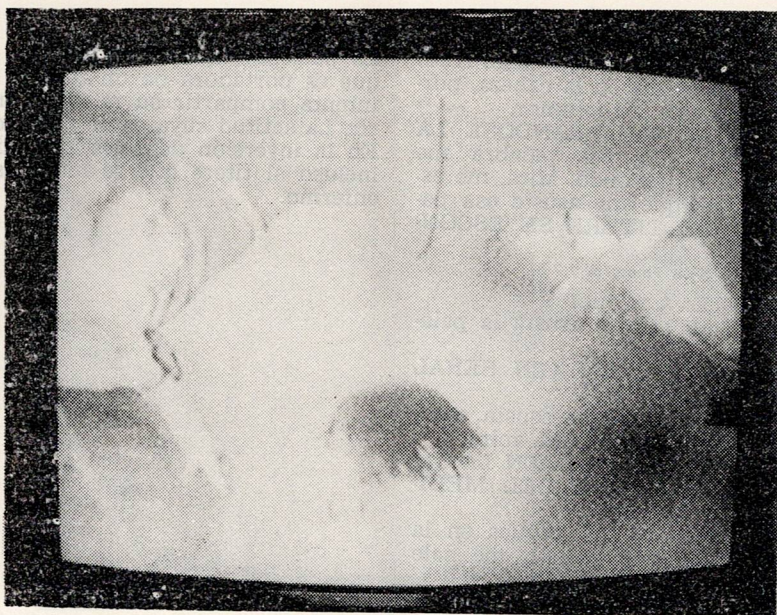


FOTO 6

TITERE P: (LE ACARICIA LA CABEZA) Te habrán nacido piojos.

TITERE M: ¿Piojitos?

PACIENTE: Pobrecito... (CON PIEDAD)

TITERE M: ¿Te apiadás de mí? ¿Sentís lástima?

TITERE P: No.

TITERE M: Ah, tenía una cosa adentro de la cabeza y me tuvieron que aplicar unas radiaciones y se me cayó todo el pelo.

TITERE P: Pobrecito, como...

TITERE M: Y como me daba vergüenza andar con la cabeza pelada me pintaron la cabeza.

TITERE P: Pero ya te va a nacer el pelo, no te preocupes. (TRANQUILIZANDOLO LUEGO DEJA EL TITERE Y HABLA ELLA)

PACIENTE: Sabés que mi hermana, cuando yo estaba pelada me decía: "pobrecita Lucita... ya te va a crecer el pelito", y el otro día estábamos andando en patines con la amiga de mi prima, me decía: andá ahora, andá... y de diez vueltas que ando me caigo una sola vez; los primeros días

Evoca una situación análoga anecdótica, en la que su hermana manifiesta piedad por ella.

no, me caía a cada rato.

TITERE M: ¡Che!

PACIENTE: Y yo si me caigo trato de no pegarme en la cabeza, porque me sale otro tumor.

TITERE M: (AGARRÁNDOSE LA CABEZA) Uh, esa palabra me asusta. Me escondo. Mirá, me escondo porque me asusta esa palabra. (EL TITERE SE ESCONDE).

(Ver Fotos 7 A y 7 B)

PACIENTE: A mí no.

TITERE M: ¿No te asusta la palabra tumor?

PACIENTE: Ts., Ts., (EN SEÑAL DE NEGACION)

TITERE M: A mí me asusta, mirá cómo me pongo, mirá, mirá.

TITERE P: (LE PEGA EN LA CABEZA AL TITERE DEL MEDICO)

TITERE M: No me pegues en la cabeza que de pronto me sale otro ¿no sabés?

TITERE P: No seas tonto. (ACARIANDOLO)

TITERE M: Siento miedo.

TITERE P: Yo no.

TITERE M: Un tumor, me escondo, me meto bajo de la cama así.

TITERE P: Jua jua, tiene miedo, tiene miedo.

TITERE M: No me asustes que me escondo.

TITERE P: Tiene miedo, tiene miedo. (BURLONA)

TITERE M: ¿Y vos no tendrías miedo de una situación así?

TITERE P: No.

TITERE M: ¿No? yo no quiero ni saber, yo no veo, yo no escucho, yo no hablo de ese asunto porque me da mucho miedo y me escondo. (SE TAPA CON LOS BRAZOS)

TITERE P: (LE LEVANTA LA CARA AL TITERE QUE SE ESCONDE) No seas tonto.

TITERE M: Vos no tenés miedo, ¿no?

TITERE P: No.

TITERE M: Yo tengo miedo.

TITERE P: Yo no.

TITERE M: Contame.

TITERE P: Qué.

TITERE M: ¿No tendrás miedo?

TITERE P: No.

TITERE M: Yo no sé si los médicos

La paciente tiene conocimiento de que es portadora de un tumor. Se intenta compartir su miedo a morir. La actitud suya es de negación. En la inversión de roles ridiculiza incluso al títere que se manifiesta enfermo.

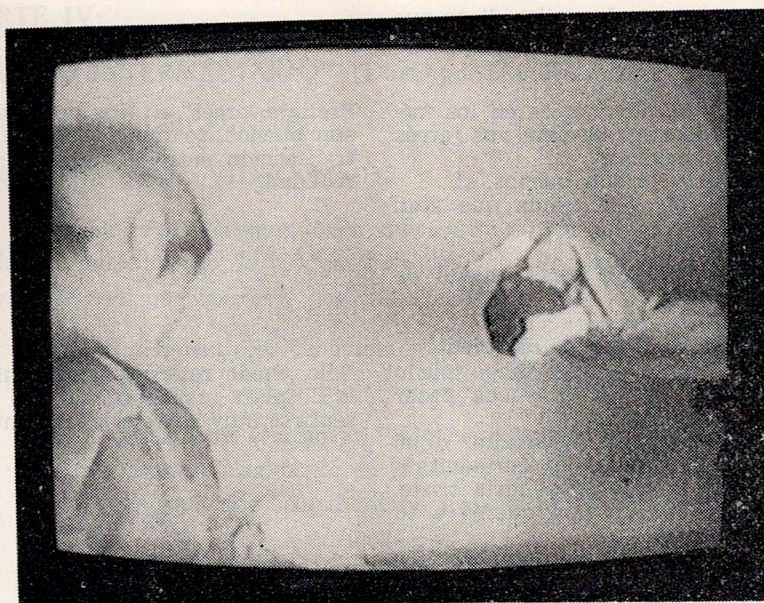


FOTO 7 A

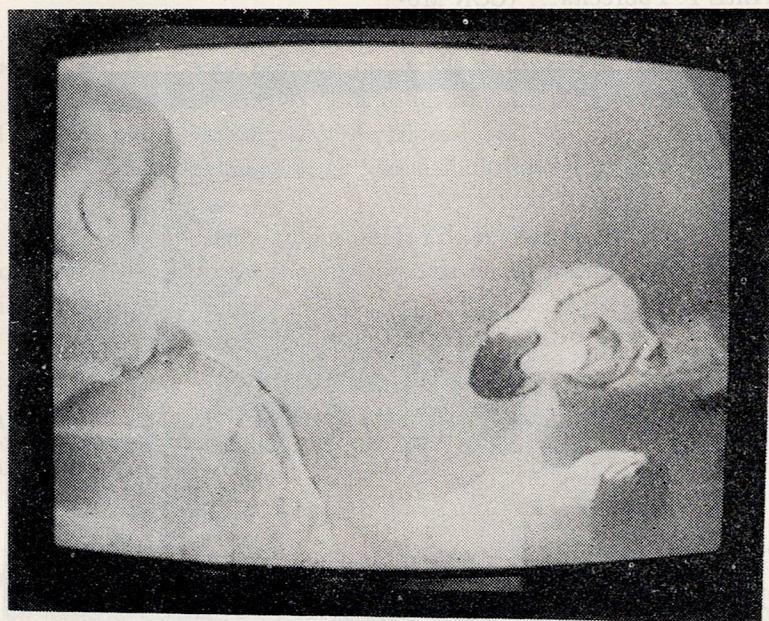


FOTO 7 B

me van a ayudar; ellos dicen que sí pero yo no sé, a veces tengo dudas.

TITERE P: Yo no.

TITERE M: Vos ¿creés en los médicos? Decime, decime, vos ¿creés en los médicos?

TITERE P: Si son buenos, sí.

TITERE M: ¿Te ayuda que sean buenos?

TITERE P: Sí.

TITERE M: ¿No tenés miedo de morirte?

TITERE P: No.

TITERE M: A mí me da miedo.

TITERE P: Solamente tengo miedo de todo lo que le pueda pasar a mi hermanita.

TITERE M: ¿Tu hermanita? ¿qué le puede pasar a tu hermanita?

TITERE P: Que se pondría triste.

TITERE M: Vos ¿la querés a tu hermanita?

TITERE P: La quiero mucho. De noche yo me hago la dormida y viene y me hace mimos.

TITERE M: ¿Cómo son esos mimos? A ver haceme los mimos que te hace tu hermanita.

TITERE P: Pobrecita... (CON MUCHA TERNURA)

(Ver Foto 8)

Prefiere creer en los médicos si son buenos, lo que constituye una transacción entre la negación y la realidad.

Sólo puede referir tristeza cuando la desplaza a su hermana que va a sentirse muy triste si ella se muere.

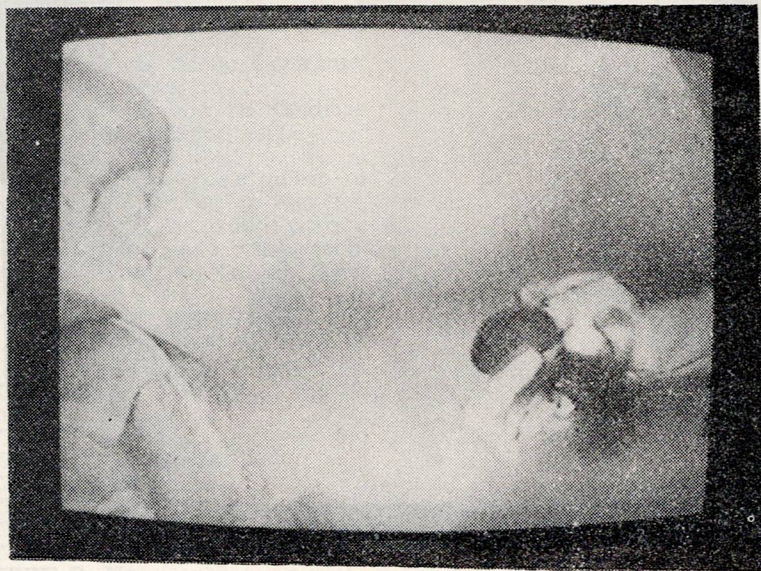


FOTO 8

PARTE IV:**“OBJETO INTERMEDIARIO”. (Duelo por la muerte ajena)**

HISTORIA CLINICA Nº 112

CINTA GRABADA VIDEO Nº 032

Situación real: Paciente joven que consulta por la persistencia del duelo por fallecimiento de familiar hace dos años. Mecanismos de defensa prevalentes: racionalización y negación.

Objetivos terapéuticos: Completar el “trabajo de duelo” (operación por la cual el doliente logra aceptar la pérdida) inconcluso.

Técnica que ilustra el trabajo: “Objeto intermediario”. Los títeres son utilizados circunstancialmente en la asistencia de adultos.

Para el caso que nos ocupa, fueron dos los motivos de elección de este recurso:

1) El paciente tenía conocimiento de que la persona fallecida había sido asistida por el equipo en la última etapa de su vida.

Aspiraba conocer más acerca de cómo había vivido el familiar desaparecido los últimos meses de su existencia.

2) Se contaba con la información requerida y la existencia de un títere elaborado por la persona fallecida que podía representarla directamente.

Se empleó el instrumento durante un total de 12 horas en las etapas de Caldeamiento y Dramatización de las sesiones.

Efecto del procedimiento: Se logran eludir los mecanismos defensivos yoicos.

El protagonista tiene la oportunidad de revivir el duelo y lograr una mejor elaboración, evidenciada en la escena de separación definitiva (despedida).

PROTOCOLO DE SESION

DRAMATIZACION CON TITERES. SESION DE RESPUESTA A UNA PREGUNTA PENDIENTE DESDE HACE DOS AÑOS (TRABAJO DE DUELO SUSPENDIDO).

(Abreviaturas): P. = Paciente; A. = Yo Auxiliar en Psicodrama

(Ver Foto 9)

Diálogos textuales y expresión corporal

—P.: No sé cómo decir las cosas, ¿viste?

—A.: Bueno, ¿tú qué quieres que

Análisis

El títere elaborado por la hermana es un payaso. Acerca de él expresó la autora: “Tiene una boca grande

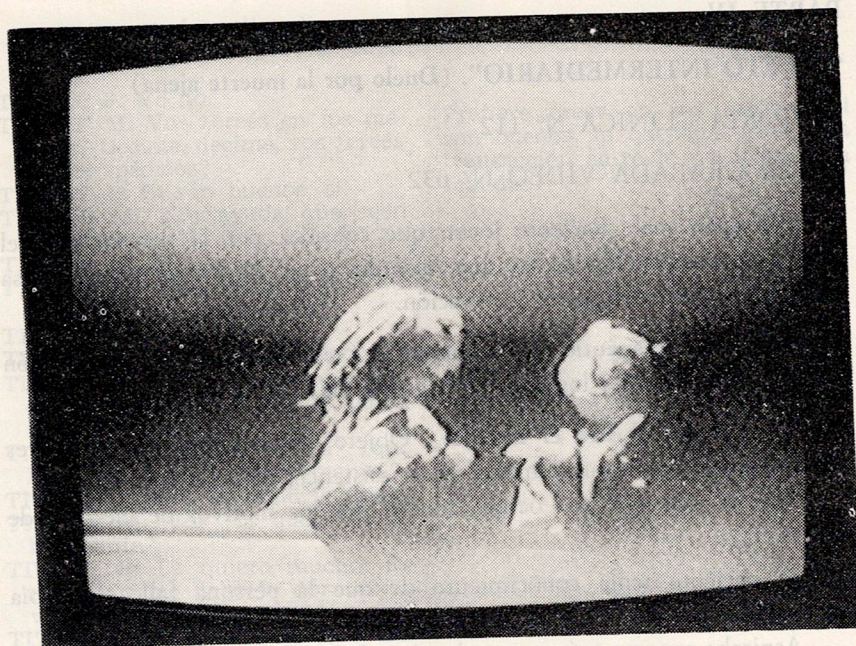


FOTO 9

yo te cuente?

—P.: (RESPONDE CON DIFICULTAD PARA HILAR LAS IDEAS) Nada... siempre quedé... la duda que siempre tuve y tengo es cómo fue tu proceso... cómo as milaste tu proceso de la enfermedad y cómo lo viviste todo eso, es decir, tu estado de angustia, todo... cómo iba... afectándote... lo que iba sucediendo, ¿verdad? eso, no más.

—A.: (SONRIENDO) Pavadita de pregunta, ¿eh? Mirá, qué te voy a decir... (TOMANDOSE TIEMPO) no te voy a decir que pasé bien, no te puedo decir que fue todo mal. (EN TONO DE CONFIDENCIA) Mirá, cuando uno vive las cosas, por duras que sean, es como que uno las vive completas y son un poco crueles pero a veces es más lo que le preocupa a uno lo que piensan los otros que lo que uno está sintiendo. Yo pasé muy mal, tuve muchos ratos de miedo, miedo de verdad, pero, a mí me preocupaba que uds. no sabían lo que yo estaba sintiendo

para que se ría bastante" y "rie por no llorar". Se trata de una típica producción maniaca.

El títere elaborado por el paciente tiene un facies rubicundo-vital, pero mira al cenit con expresión de asombro y tristeza. Induce pena.

Se crea una situación de exigencia muy alta para el Yo-auxiliar, que hace un rodeo mientras se ubica ante la pregunta y consigue dar una respuesta adecuada. Varios factores debe tener en cuenta:

- 1) La información que dispone el paciente.
- 2) La información que el paciente desea obtener.
- 3) La información que no se le puede brindar (secreto profesional, etc.).
- 4) Hablar en el estilo comunicacional de la hermana.
- 5) La información debe ser cierta, creíble y dosificada (debe moderarse en términos de qué cuándo y cuánto).

y quién sabe qué cosas imaginarían. En cambio yo sí sabía lo que estaba sintiendo... y había cosas feas pero... yo qué se... como que yo sabía todo lo que pasaba porque yo sentía cosas, uds. no. Pero por otro lado, uds. me ayudaban porque siempre me acompañaron y vos, cabeza dura, a pesar de que nunca hablas nada, me hacías sentir bien porque te acercabas y venías y yo pasaba bien; y a veces es mejor, no conversar tanto de las cosas, no es carbar tanto.

—P.: Estoy de acuerdo.

—A.: Seguro, si somos muy parecidos. Y entonces yo me sentía bien... además vos sabés que yo te quiero pila y eso me hacía sentir mejor. Mamá también me ayudaba mucho; yo la veía muy preocupada pero me daba cuenta que quería hacer todo por mí y entonces eso me gustaba. Claro, no quería que se pusieran tristes, pero algo tristes nos teníamos que poner todos, ¿no?

—P.: Sí, claro.

—A.: Pero fundamentalmente me gustaba tu compañía y la de todos... eso sí. (AGACHA LA CABEZA TRISTE. BREVE SILENCIO)

—P.: Bueno, ¿qué te pasa?

—A.: (SORPRENDIDO SONRÍE)

Nada, y... uno se puede poner un poco triste, ¿no?

—P.: ¡Claro!

—A.: No, en serio, a veces uno se pone triste pero... ¿sabés qué era más importante?

—P.: ¿Qué?

—A.: (ACERCANDOSE) Que más que las palabras, a uno le quedaba el calorcito de la compañía. (RIE COMO AVERZONZADO): ¿te acordás el otro día cuando viniste?

—P.: Sí, cómo no.

—A.: ¿Que yo me acosté así? (SE ACUESTA A SU LADO) Ah, hoy no te costó, ¿viste? (LA ACARICIA) Eso ¿sabés qué es? un recuerdo que uno lleva en la piel, no acá, en la cabeza (EL SONRÍE COMPRENDIENDO LO DICHOS) sino en todo el cuerpo y

Reconoce el valor del afecto brindado a su hermana y se emociona.

En la sesión anterior ante el acercamiento tendía a retirarse.

eso no se olvida... (LE ALISA EL PELO CUIDADOSAMENTE, CON CARÍÑO) ¿Sabés una cosa?... tengo ganas de decirte gracias...

—P.: ¿Por qué? (MEDIO SORPRENDIDO)

—A.: Pero me parece que no cabe, ¿no?

—P.: No, en absoluto. (SE ACERCA LE DA UN BESO, SE RECUESTA A SU LADO MIENTRAS EL LE ACARICIA LA CABEZA Y SONRIE COMPLACIDO)

(Ver Foto 10)

—A.: Bueno, y me voy porque ahora voy a preparar algo rico. (SALIDA LA CONICA)

La expresividad del paciente a través del títere surge de un sentimiento auténtico que provoca la situación dramática. Se había definido previamente poco expresivo en su vida social.

El compromiso emocional es intenso. La vivencia es total.

La salida de escena del títere imita la modalidad de personalidad de su autora.

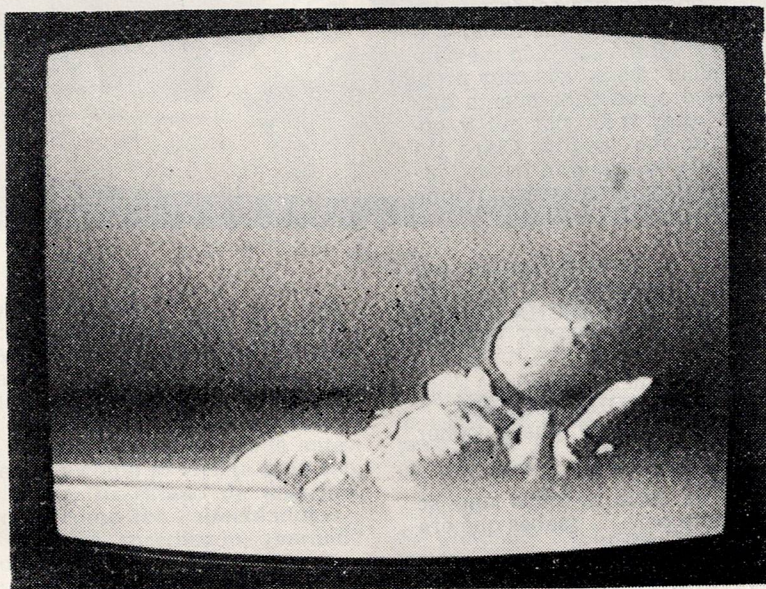


FOTO 1ª

DRAMATIZACION CON TITERE. SESION DE DESPEDIDA (CULMINACION SIMBOLICA DEL DUELO).

(AMBIENTE OSCURO ILUMINADO SOLO POR UN HAZ DE LUZ QUE ENFOCA A LOS TITERES) (RISAS)

—A.: (CAMBIANDO HACIA UN TONO MAS SERIO) Entonces las cosas son... pasan, transcurren y llega un día en que terminan y... terminan y a uno le queda

Tiende en general a crear un clima de intimidad. Para el caso, tuvo la finalidad específica de crear la ilusión de que "lo que sale del campo visual iluminado desaparece realmente".

Progresivamente se va transmitiendo la vivencia de separación.

un saldo positivo, otro saldo no tanto, pero uno siempre tiene cosas adentro de todo lo que ha vivido.

—P.: Y sí.

—A.: Cosas valiosas. (SILENCIO)

—P.: Cada cosa va dejando.

—A.: Y yo creo que hoy es un día muy importante.

—P.: ¿Por?

—A.: Porque bueno, hoy tengo ganas de decir cosas importantes y las voy a decir por última vez.

—P.: ¿Sí?

—A.: O por única vez.

—P.: Bueno.

—A.: Antes que nada... todo lo que yo siento por vos... por mamá. Todos me han ayudado como han podido y más allá de lo que hayan hecho, lo más valioso es que lo hayan intentado porque eso es lo que en definitiva queda: lo que cada uno intenta hacer. A veces, uno se siente solo o se siente muy triste, pero ni bien abre los ojos se da cuenta que está acompañado, que hay gente solidaria, gente que acompaña y que está dispuesta a dar todo a cambio de nada ¡y eso es lo más importante! Entonces yo tengo acá adentro un calorcito muy especial... un calorcito que da solamente el afecto y eso me lo llevo conmigo.

—P.: ¿En qué?

—A.: Ese calorcito que te decía.

—P.: Sí, sí.

—A.: Eso me lo llevo conmigo, me llevo conmigo todo el afecto que uds. me han dado, me llevo conmigo todo lo buenos que uds. han sido y me quedo con la imagen de todos uds... es mucho lo que me llevo y todo muy valioso. Y porque tengo todo eso adentro creo que es que me puedo ir... porque de eso depende que yo me sienta mejor. (SE ABRAZAN) Las cosas a veces parecen muy tristes. ¿sabés?

Hoy nos vemos por última vez. Yo sé que tú te vas a acordar de mí, que yo algo te he dejado; más que eso, sé lo mucho que tú me has dado. ¿Ta?

—P.: Ta, chau. (SE BESAN Y ABRA-

Se intensifica la vivencia con este mensaje.

Se invierte un buen tiempo en reafirmar la validez del afecto que él proporcionó a la hermana (apoyo efectivo al moribundo).

Clima de intensa emoción que se mantiene hasta el final.

Momento culminante.

ZAN. EL HACE ADIOS CON LA
MANO. ELLA SALE)

(Ver Foto 11)

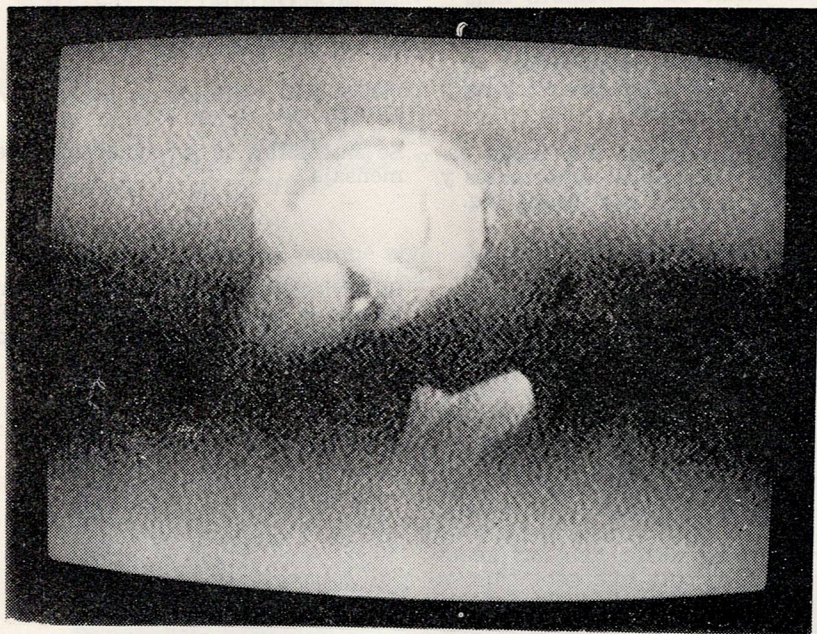


FOTO 11

—A.: (VOZ LEJANA) Ahora se van viendo las cosas distintas. Ahora uno ve las cosas como desde lejos, como en un panorama de distancia. Todo como desde arriba, ya no tan cerca, por supuesto. Pero se los ve a todos y se ve todo... y no es tan feo como lo que uno cree. Es lindo ver... es otra experiencia diferente. (SILENCIO MUY PROLONGADO) Chau, José.
—P.: Chau.

La muerte se representa como una ascensión.

Se amortiguan los efectos de la intensa movilización 'con comentarios reflexivos. Se intenta poner distancia para que el paciente objective.

El cierre de la dramatización es una despedida.

CONSIDERACIONES

Cuando la persona que se relaciona con estos pacientes no está prevenida de lo que va a sentir y suficientemente preparada para operar en situaciones críticas de contratransferencia luctuosa, se bloquea, y queda habitualmente inactiva y en silencio. Los comentarios posteriores son del tipo de "no supe qué decir" o "me quedé sin palabras" circunstancialmente.

Las condiciones de compromiso personal que el protagonista exige al clínico que lo atiende, lo exponen mucho más.

Las dificultades son mayores cuando:

- surgen sentimientos de impotencia frente a la irreversibilidad del proceso y la muerte consumada;
- pasa a dominar una vivencia de tenor nihilista respecto de la vida (continua, dolorosa y desesperante) por la muerte absurda de niños y gente joven;
- se experimentan sentimientos de soledad, desamparo y muerte por identificación excesiva con el paciente;
- sobreviene la sensación de asco-miedo, a nivel corporal, cuando el olor a putrefacción (por la necrosis de tejidos) nos impregna y vuelve la muerte tangible.

En estos casos la ansiedad, angustia y depresión pueden hacerse presentes de modo intenso y el rol profesional se desdibuja rápidamente por anonadamiento.

Consideramos fundamental que los profesionales concedan al mantenimiento de la comunicación durante la entrevista la importancia que tiene. Es decisivo por sus consecuencias. **La vivencia de vida** (sentirse vivo) se halla ligada a la experiencia de encuentro (mantenerse comunicado) cuando se considera la realidad adversa (compartir la muerte); la incomunicación es sentida como la muerte misma.

¿Cómo se resuelven las dificultades que atentan contra el mantenimiento de la comunicación?

El Psicodrama proporciona metodología con instrumentos facilitadores. Su efectividad se relaciona con dos cualidades:

- 1) Son capaces de absorber un gran monto de emoción y afecto, por lo que disminuyen la tensión excesiva generada en el campo. Permiten de esa manera la rehabilitación yoica y el restablecimiento de la comunicación.
- 2) Ofrecen modelos concretos de ejecución de entrevista, que facilitan el desempeño profesional en situación crítica, en términos de actos comunicativos por sí mismos, trascendiendo las palabras.

Es característico en nuestra organización social la omisión de asistencia humana a la persona que va a morir.

La gente habitualmente evita las experiencias dolorosas para tratar de conservar un ánimo suficiente que mantenga la disposición de seguir viviendo; no es posible hacerlo sin un cierto grado de alienación de la muerte (negación, postergación).

Las personas que se acercan a los pacientes con sobrevida limitada tratan casi siempre de distraerlos de su enfermedad. Apartándose de esa realidad, crean un simulacro de relación, que no comunica, y deja igualmente abandonado al paciente. Estos mantienen la vivencia de desamparo **incluso en los consultorios** cuando la relación médico-paciente se torna evitativa y no entra en los temas pertinentes.

Dos son, a nuestro juicio, los objetivos:

- 1) El trabajo de duelo por la muerte propia; aspecto luctuoso y obvio de la situación.
- 2) La elaboración de un programa de vida remanente; se trata del **aspecto vital de la situación**: reorganización de su proyecto para el logro de satisfacciones posibles.

Se considera asistencia de urgencia. Se trata de un **asunto de vida o muerte** que no admite pérdida de tiempo.

La tarea debe centrarse en los problemas actuales. Las consideraciones psicodinámicas acerca del pasado, no resultan pertinentes ni operativas, y se constituyen fácilmente en elaboraciones defensivas del paciente y del profesional angustiado.

La psicopatología debe ser tenida en cuenta en forma instrumental para lograr una mejor comunicación con el paciente.

Los pacientes reclaman ser tratados como seres humanos.

La compañía solidaria auténtica resuelve habitualmente la angustia existencial ligada a ese difícil momento.

La asistencia humana se constituye entonces en el tratamiento etiológico de esa situación trágica.

Esta asistencia humana debería ser cada vez más técnica y científica.

Las características del Psicodrama se ajustan a las necesidades de esta asistencia.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ORREGO, Mario; ALBA, Jorge: Historia Clínica N° 064, video cassette N° 019, Mont. 1981; Historia Clínica N° 087, video cassette N° 014, Mont. 1977; Historia Clínica N° 112, video cassette N° 032, Mont. 1983; Historia Clínica N° 130, video cassette N° 032, Mont. 1982; Historia Clínica N° 144, video cassette N° 052 / 059 Mont. 1983.
- 2) ORREGO, Mario: El paciente terminal y su manejo psicológico y psiquiátrico. En: Jornadas médico-psiquiátricas del Litoral, Salto, 1982.
- 3) PASETTI, Virginia; ALBA, Elvira; NARVAEZ, Cristina: Situaciones Críticas. En: Congreso Latinoamericano de Psicodrama, IV, Mont. 1981. Registro grabado en video-cassette, N° 7, Edición oficial de A. U. P. P. y G.