

CENTRO DE ESTUDIOS DE PSICODRAMA
SANTIAGO DE CHILE

TESINA POSTITULO DE PSICODRAMA
PARA LA COMISION NACIONAL DE
ACREDITACION DE PSICOLOGOS CLINICOS
DE CHILE

PSICODRAMA Y PARTO PREMATURO UN ESTUDIO DE CASO

Profesora Guía: Gloria Reyes
Alumna: Sandra Mamani Osorio

Enero 2008

INDICE

1. Introducción	pág.2
2. Planteamiento del problema	pág.5
3. Objetivo General	pág. 8
Objetivos Específicos.....	pág.8
4. Marco teórico	pág.9
Psicodrama, Antecedentes Generales	pág.9
Teoría del Vínculo.....	pág.12
Teoría de Roles.....	pág.16
5. Parto Prematuro, Impacto y proceso	pág.23
El psicodrama, parto prematuro, el equipo médico y las familias.....	pág.23
6. Metodología	pág.26
7. Presentación del caso	pág.27
8. Proceso	pág.35
Primera etapa	pág.35
Segunda etapa	pág.40
Tercera etapa	pág.43
9. Conclusiones	pág.46
10. Reflexiones	pág.54
11. Bibliografía	pág.56

1.- INTRODUCCION

El presente trabajo surge de una inquietud personal, de la reflexión desde la experiencia diaria de mi trabajo como matrona de neonatología, de mi posterior formación como psicóloga y de la profundización de la teoría de psicodrama a través del post título, lo que me permitió unir estos ámbitos en la práctica. Mi trabajo con padres de recién nacidos prematuros y con el equipo de salud en una unidad de neonatología me brindan la oportunidad de explorar el trabajo psicoterapéutico a través de la teoría del psicodrama, la que subyace a una ideología, a un paradigma que sustenta y promueve la aceptación de los recursos internos como sanadores e incluye no sólo una retórica intelectual o un método, sino la visión del ser humano con la posibilidad de desplegarse y ser libre, libre de las conservas culturales.

El abordaje de la psicología en una unidad de neonatología para una matrona como yo, que se ha especializado en esta área resulta más fácil, sin embargo el ubicarme en el rol de psicóloga me es extraño, ya que he estado por muchos años en el otro rol, esto me lleva a reflexionar sobre el psicodrama “y primero fue el vínculo”, es el vínculo el que crea o facilita el rol.

Cuando se tiene una formación científica, donde la técnica es central, el camino por la psicología denota diferencias, la importancia de los afectos, el surgimiento del cuerpo como parte-todo sujeto y no como objeto dicotomizado. Mi opción de estudiar psicología surge de un vacío teórico y de la falta de herramientas para abordar lo que no está escrito en la técnica; el ser humano en su totalidad, diversidad y complejidad.

Cuando un neonato es el paciente el impacto es fuerte, implica la movilización del sistema familiar, del sistema de salud, del sistema gubernamental. Si un recién

nacido está expuesto y necesitado, un bebé prematuro lo está aún más, el proceso de maduración debe realizarlo fuera del útero materno, la placenta social es literalmente su placenta vital.

El presente trabajo muestra una exploración a la red vincular y a las configuraciones sociales que se estructuran a partir del parto prematuro, el objetivo es relevar el tema, aproximar un área de la medicina tan especializada como la neonatología a la teoría y práctica del psicodrama. Su aplicación es posible, lo que se comprueba a partir de la particularidad de un caso, en donde se muestran posibilidades reales de encuentro de ambas áreas y permite que al contexto de la prematurez se incorpore el sentido estético y contenedor del psicodrama.

En el caso que se presenta, lo importante es el proceso, la incorporación paulatina de aspectos teóricos y técnicas del psicodrama en la descripción de la historia de una paciente que tuvo un parto prematuro, gemelar, quien además sufre la muerte de uno de ellos y luego el largo y penoso proceso de hospitalización del gemelo que sobrevive.

El impacto de la prematurez afecta a la madre en principio, a la familia nuclear y extensa, en rigor a la sociedad entera.

Las vivencias de mujeres madres de prematuros extremos son muy distintas, la etiología del parto prematuro es diversa y sin embargo existen muchos puntos en común en el período posterior. La sobre vivencia del hijo y la posibilidad de maduración fuera del útero es una experiencia muy subjetiva y además los pronósticos son inciertos por la labilidad fisiológica de los bebés prematuros, esto hace imposible generalizar, predecir o controlar. Los pilares de la ciencia no alcanzan

ni aún en el área más especializada de la medicina, sólo se hace posible explorar, describir y relacionar un proceso con otros.

El presentar un estudio de caso y de este en particular, abre una ventana hacia una experiencia poco explorada en su intensidad y complejidad, es un acercamiento y estudio a la red vincular, a las configuraciones sociales, a las modificaciones y resignificaciones vinculares y rólicas que se estructuran y dinamizan en torno a un evento traumático, como es el parto gemelar prematuro, con la implicancia de muerte y duelo de uno de los niños y sobre vivencia difícil y riesgosa del otro, con la tensión familiar y médica sostenida y el impacto y reorganización de la vida cotidiana que ello involucra.

El espacio desde donde se centra la exploración es la madre, quien en su calidad de paciente, desplegará su subjetividad y su modo de vivir el evento señalado. Es una mirada a una experiencia imprevista e indeseada, que implica un gran gasto físico y emocional para las familias, el equipo de salud y en particular para la madre.

Aún así, sin embargo, muchas veces, dentro del ámbito hospitalario los aspectos psicoafectivos, no son considerados.

2.-Planteamiento del Problema

El Hospital Clínico San Borja Arriarán, otorga servicios a las comunas de Estación Central, Cerrillos, Maipú, Santiago Centro y Pedro Aguirre Cerda, atendiendo alrededor de 6.000 partos al año de los cuales 100 corresponden a partos prematuros. La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) posee 10 cupos de UTI, los cuales están permanentemente ocupados y en ocasiones debe comprar servicios a clínicas que posean UCIN. Considerando los períodos de hospitalización de los niños es importante tener en cuenta la interacción permanente y prolongada entre las familias de los prematuros y el equipo de salud.

El duelo es un tema latente y muy poco expresado, no es hablado en las UCIN. En este contexto, se hace indispensable el apoyo emocional a estas madres y brindar el espacio para que puedan elaborar la experiencia. Es así como surge el interés de un trabajo de tipo exploratorio, que permita precisamente explorar desde la teoría del psicodrama y en particular desde el átomo social la red vincular de una mujer que vive esta experiencia. Para Moreno el átomo social es la configuración social de las relaciones interpersonales que se desarrollan a partir del nacimiento. En sus orígenes comprende la madre y el hijo y con el pasar del tiempo va aumentando en amplitud a todas las personas que va conociendo y entran en el círculo de relaciones las cuales le son agradables y desagradables y para las cuales recíprocamente ella es agradable o desagradable, las personas que no le causan impresión alguna, ni positiva ni negativa, quedan fuera del átomo social como simples “conocidos”. El átomo social se determina por factores socioeconómicos y el factor tele, éstos lo determinan y constituyen una tele-estructura característica y una constelación de permanente cambio, por esta razón tanto la imagen de un individuo de sí mismo, sus creencias y

convicciones pueden cambiar. En este sentido, la experiencia de una mujer que tiene a su bebé prematuramente, se ve enfrentada a un mundo absolutamente desconocido y a un equipo de salud que en otras circunstancias jamás hubiera conocido Personas con las cuales debe relacionarse diariamente y por tiempo prolongado, que utilizan un lenguaje técnico desconocido y que comienzan a formar parte de su vida y adquieren una importancia gravitante. Las redes sociométricas se amplían, cambian, por la experiencia límite que viven. El trabajo pretende realizar el mapeo de la red interaccional, de los vínculos, de las satisfacciones y frustraciones en sus relaciones, de gratificación afectiva, de los conflictos no resueltos (Winkler).

La experiencia de una mujer que tiene un parto prematuro impacta no sólo a ella y a su familia nuclear, sino a la familia extensa y a la sociedad entera. Un parto prematuro extremo se define como aquel de menos de 32 semanas de gestación o de un peso entre 500 y 1500g. de peso al nacer. Esto implica una red de apoyo médico y social amplia y un proceso de hospitalización muy prolongado con pronósticos muchas veces inciertos y que pueden cambiar bruscamente. El niño prematuro extremo es sometido a una serie de procedimientos invasivos permanentes, intervenciones quirúrgicas, apoyo ventilatorio a través de ventiladores mecánicos y de termorregulación a través de incubadoras o cunas de calor radiante. Esta experiencia es muy estresante y dolorosa para el niño recién nacido Hoy en día los avances en neonatología permiten la sobre vivencia de niños muy prematuros que hasta pocos años atrás eran considerados abortos, así, antes de los años 70 morían el 80% de los niños, después de los años 80 sobrevivía el 80% de los niños hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Todo este avance vertiginoso en el ámbito médico clínico, se sustenta principalmente en el

soporte tecnológico y las estadísticas sorprenden, sin embargo, este radical progreso en logros médicos no se correlaciona con la consideración de los aspectos psicoafectivos de los padres de estos niños, particularmente las madres que se ven sometidas a un doble sufrimiento; por un lado el no haber tenido a su bebé de término y por lo tanto la pérdida del hijo soñado y por otro el no poder cuidarlo y dejarlo al cuidado de otros que determinarán cuales son sus necesidades y de quienes dependerá si vive o muere.

Hoy, cuando las políticas públicas de Chile tienden y se interesan en la humanización del parto y del nacimiento, el incorporar los aspectos psicológicos a las UCIN es un desafío y una necesidad. La mirada psicodramática es una herramienta plausible, considera los aspectos verbales, afectivos y corporales lo que la hace especialmente adecuada para el trabajo en ésta área.

Si bien el principal foco de atención de este estudio de caso es la paciente, sus vivencias, acciones y significaciones en torno a los eventos traumáticos que le suceden, el sentido final es también indagar sobre cómo opera el psicodrama, tanto en su calidad de modelo comprensivo, como en su método de exploración con el poder de develar aspectos latentes relativos a la temática expuesta.

3.-Objetivo general:

Comprender desde el psicodrama, las resignificaciones subjetivas de una mujer que ha sufrido la experiencia de un parto gemelar prematuro, con el duelo de uno de sus hijos.

Objetivos específicos:

Explorar con el método psicodramático, los vínculos y roles de una mujer, que ha experimentado un parto gemelar prematuro, con el duelo de uno de sus hijos.

Explorar con el método psicodramático, las vivencias asociadas al duelo, de una mujer que ha sufrido la experiencia de un parto gemelar prematuro, con la muerte de uno de sus hijos.

4.- Marco Teórico

Psicodrama, Antecedentes Generales

El psicodrama es una corriente psicoterapéutica creada por Jacob Levi Moreno cuyo principal objetivo es el trabajo grupal basado en la escenificación teatral. El origen de esta técnica tiene sus raíces en el teatro, la filosofía, la sociología y la psicología. En principio el psicodrama fue concebido como una forma de intervención social a través del teatro espontáneo, Moreno deseaba la revolución desde la terapia hacia los grandes conflictos sociales y realizó múltiples intervenciones a través de éste en diversas ciudades europeas en su afán de abordar dichos conflictos.

Precisamente por el centramiento en el trabajo grupal, en su origen, no existen muchos antecedentes de psicodrama individual o bipersonal realizados por Moreno, su férrea oposición a Freud y al psicoanálisis permite entenderlo, puesto que no se conllevan con su postura política respecto a la psicoterapia.

La falta de sistematización de las técnicas del psicodrama y de la teoría, por parte de su creador, hacen algo complejo su estudio posterior. Son sus discípulos y seguidores los que han ido revisando y estructurando lo que hoy conocemos como Psicodrama. En este ámbito el psicodrama individual es discutido pero aceptado.

Para Moreno el encuentro con otro, el vínculo establecido desde la perspectiva filosófica Yo-Tú planteada por Buber, permite una comunicación empática y realista, sin embargo, el vínculo terapéutico conlleva las dificultades de anclar conceptos puramente filosóficos al ámbito técnico. Aún así, el psicodrama aporta a la

psicoterapia una técnica flexible que permite su utilización en todos los campos clínicos.

La estructura del psicodrama con sus cinco instrumentos; Director, Protagonista, Público, Escena y Yo Auxiliar. Tres etapas; Caldeamiento, Dramatización y Sharing y, sus tres contextos; Individual, Grupal y Social, orienta y entrega herramientas de trabajo que pueden ser utilizadas en terapia individual.

Los conceptos teóricos básicos del psicodrama que permiten contextualizar la historia del paciente y entender el conflicto son:

El *locus* determina el lugar donde algo nació, donde algo ocurre, es importante considerar que este implica no sólo el espacio y los hechos concretos sino también lo que surge en la fantasía del sujeto y que se relaciona con esa experiencia, un conjunto de experiencia sensorial, relacional que facilita una posterior reedición de la experiencia tal como el individuo la significa en el tiempo- espacio del como si.

En síntesis es una situación específica o una cadena de situaciones que generan un sentimiento y una modalidad de relación. En este caso el locus está determinado por el parto prematuro.

La *matriz* es definida como una forma de responder a una situación traumática o a un locus. Es un modelo de relación que se estructura rígidamente, como estructura defensiva ante experiencias difíciles, surge entonces originalmente como un mecanismo de defensa a una situación, frente a la cual el individuo se adecua con sus recursos disponibles y como puede en ese momento. En el caso que se presentará la

matriz puede estar determinada por la forma en que se adapta defensivamente a través de la intelectualización de la experiencia.

Finalmente, el *status nascendi* es considerado como la dimensión temporal, es el momento en que esto ocurre, tiene un punto de partida el que no ‘es’ sino que “va siendo”, esta dimensión dinámica y evolutiva es lo que determina el concepto. Dice relación con el impacto del parto prematuro, la duración del proceso de maduración del bebé, todo lo cual influirá en la reestructuración del núcleo familiar, de las relaciones vinculares, del ejercicio de roles, etc.

La integración de afectos, aspectos corporales y vinculares (sociales), abren posibilidades mucho más amplias de abordar conflictos que producen sufrimiento a un individuo. La acción en el espacio-tiempo del psicodrama y la fantasía como parte del trabajo dramático posibilitan la rematrización.

Las técnicas verbales apoyadas por la riqueza del psicodrama como técnica, generan un campo infinito de posibilidades.

La exploración emocional y a las configuraciones sociales que se estructuran con relación a un parto prematuro a través del psicodrama implica en primer término conocer los conceptos relevantes de la teoría que serán utilizados.

Teoría del Vínculo

Ciertamente el vínculo es un concepto central para Moreno y se encuentra presente en forma transversal en su propuesta que más que técnica es una propuesta epistemológica.

El ser humano es esencialmente social y sociable, los seres humanos no existimos en aislamiento, para Moreno lo primero es el grupo, su concepción del ser humano es en sociedad, ya desde el nacimiento se inicia la red social vincular que dará origen al rol. Lo primero es el vínculo, es en el vínculo primario madre-bebé donde se estructuran desde las necesidades básicas los roles primitivos, siempre se está concibiendo al hombre como una unidad indivisible de su entorno y son estos conceptos (roles y vínculos), el punto de partida epistemológico de la teoría de Moreno. (Moreno. 1993).

El cuerpo teórico básico del psicodrama se denomina en términos generales 'sociometría', la cual puede ser entendida como la ciencia de las relaciones interpersonales. Sociométricamente, se llama 'relación de mutualidad' al hecho de establecer vínculos de reciprocidad, cuando dos personas se vinculan con signo positivo. Contrariamente, si alguien elige a quién no lo elige y viceversa, la incomunicación se establece en el vínculo, configurándose el aislamiento sociométrico. Sin embargo, esta misma persona puede tener una red sociométrica (conjunto de vínculos que configuran el mapa relacional de un individuo) rica según otros criterios. (Bustos. 1985 en Giadalah. y Quiñones. 2003).

El conjunto de vínculos que conforman el campo relacional de una persona es el Átomo Social, que está determinado por el contexto, factores socioeconómicos y el

factor *tele*, las relaciones interpersonales se estructuran dentro de este átomo social, en el cual las valencias positivas y negativas, van construyendo el ámbito de relaciones de una persona de acuerdo a sus preferencias. De este modo, algunas personas son importantes y se integran a este espacio relacional y otros pasan a ser simples conocidos. Este concepto deriva en una técnica del psicodrama que permite realizar un mapeo a la red vincular de una persona y conocer el estadio en que se encuentran.

Moreno formula su teoría de las relaciones interpersonales poniendo principal énfasis en los vínculos como única noción operativa. El vínculo es el centro neurálgico del ser humano. De esta manera, todas las representaciones internas fueron en algún momento parte de transacciones interpersonales. Así, la parte tangible de lo intrapsíquico se manifiesta en un vínculo, el que se transforma en el escenario donde lo interno se concretiza. (Bustos. 1991 en Giadalah. y Quiñones. 2003).

“El punto de partida para Moreno es el vínculo con el otro, donde ambos participantes de la investigación interactúan, ambos emiten y receptan estímulos, en ambos se producen cambios al producirse el encuentro” (Bustos, en Reyes. 2006).

Con respecto al concepto de vínculo, se postula que es un tipo particular de relación de objeto; la relación de objeto está constituida por una estructura que funciona de una manera determinada, que está en continuo movimiento, que funciona accionada o movida por factores instintivos y por motivaciones psicológicas. (Pichón-Riviere. 1989).

Es posible decir según estas concepciones que el vínculo incluye la conducta. La relación particular con un objeto es esencialmente el desarrollo de un vínculo; de

esta relación particular resulta una conducta más o menos fija con dicho objeto, la cual forma una pauta de conducta que tiende a repetirse automáticamente, tanto en la relación interna como en la relación externa con el objeto. (Pichon-Riviere. 1989).

El vínculo está íntimamente ligado al concepto de espontaneidad (libertad) y creatividad. (Moreno en Bustos. 1991).

La espontaneidad, es la capacidad de un sujeto para poder adaptarse a su medio externo, expresando sus pulsiones y necesidades. Esto es, que en la actualización del 'ser', se encuentra siempre presente el vínculo, 'otro' que permite la estructuración y diferenciación de un yo adecuado a normas sociales (roles). (Reyes. 2001).

Para el psicodrama el nacimiento es considerado como el máximo exponente de la espontaneidad, el parto representa el triunfo de la vida y la creación y no se relaciona con una situación traumática. Por lo tanto, sería una función inherente al ser humano desde su nacimiento, puesto que a lo largo del desarrollo de los vínculos, desde las funciones yoicas adquiere un poder de adecuación y regulación entre el mundo externo y el interno. (Moreno. en Bustos. 1991).

Moreno plantea siempre la espontaneidad fuertemente ligada a la creatividad. Sin espontaneidad no hay creatividad. Este concepto implica la capacidad de desarrollar conductas afectivas, cognitivas y corporales de manera única, para adecuarnos al entorno social, sin interferencia de relaciones previas en este proceso. (Reyes. 2005). Así, la creatividad es la capacidad de dar respuestas nuevas a situaciones conocidas y respuestas adecuadas a situaciones nuevas. (Moreno en Bustos. 1991).

Moreno en varios momentos de su obra, opone la espontaneidad a la angustia. Según Dalmiro Bustos la angustia precede a la espontaneidad. Esta última es un síntoma de alerta que posee el yo, que media entre la función de adaptación a las normas sociales por un lado, y por otro a la expresión de satisfacción de necesidades y pulsiones del yo. En este sentido, la angustia actúa de manera refrenadora, pudiendo transformarse en un síntoma crónico paralizante.

Por todo lo anterior es importante reconocer que un hombre espontáneo es un hombre libre, creativo y por lo tanto es un hombre sano, Moreno hace referencia a estos conceptos en contexto, el ser humano que supera la angustia y es capaz de crear podrá sobrevivir.

Las relaciones interpersonales se redefinen desde la perspectiva de Moreno desde la sociometría, concepto importante antes mencionado, que sitúa a las personas según valencias positivas o negativas de acuerdo a las cuales se va configurando su entorno social, su red sociométrica en los grupos a los que acceda y a los que pertenezca. Para poder entender de que manera operan estas valencias de reciprocidad o rechazo en las relaciones es fundamental otro concepto Moreniano; el *tele*, que alude a todas las transacciones que ocurren entre personas, el cual se basa en la empatía. Es el responsable de las elecciones recíprocas, lo que implicaría la correcta percepción del otro y del propio sentimiento hacia el otro. Puede por esto considerarse como el fundamento para todas las relaciones sanas, creativas y espontáneas, ya que “consiste en el sentimiento y conocimiento de la situación real del otro”. (Moreno. en Bustos. 1992).

Por un lado la teoría de relaciones interpersonales ofrece una forma de comprender como se van configurando los vínculos y por otro alude a un tipo de relación terapéutica que se desmarca de la visión psicoanalítica clásica, el psicodrama toma algunos aspectos de teorías diversas sin embargo su eje está fundado en la teoría del encuentro, el *yo-tú*, lo que hace que el *tele*, base de la empatía sea el que oriente hacia la forma de desarrollo del vínculo, la ausencia de tele es la transferencia y en una relación *yo-tú* no es posible la distancia emocional o neutralidad terapéutica. Es importante decir que una relación *yo-tú* no implica simetría en el vínculo.

Teoría de Roles

Los roles, que en principio fueron asociados por Moreno más a la teatralidad que a la sociología, conforman una teoría en sí misma. Es importante destacar que los roles no se expresan aislados sino en lo que para Moreno eran los Clusters. Una persona es a la vez madre, profesional, esposa, hija, vecina etc.

Esta cualidad del rol, que como se dijo en principio se asocia al teatro como ejecución de un libreto, aporta desde el psicodrama una visión en contexto. El rol está siempre situando al ser humano en relación con otro, se gesta como unidad mínima de conducta desde el vínculo. La teoría de roles implica la consideración de lo social y cultural. Es siempre una experiencia relacional, social.

Los roles funcionan en agrupamientos, ramilletes o clusters. Corresponden en sus dos aspectos básicos, a dos categorías; en la primera, se encontrarían los roles predominantemente pasivos e incorporativos, los cuales, se identifican con aspectos femeninos o maternos. En la segunda, los roles activos, penetrantes y masculinos,

paternos. De estos dos aspectos, depende el deseable equilibrio entre vulnerabilidad y fuerza, pasividad y actividad, dependencia y autonomía.

El rol surge del vínculo y por lo tanto siempre está en relación con otro, en interacción y se complementan, esta complementariedad puede ser simétrica o asimétrica y son percibidos, internalizados y representados dentro del proceso de socialización que facilita la regulación social.

Cada rol tiene su complementario. Cuando un rol se ha patologizado, el rol complementario es patológico.

En los estadios más primitivos del desarrollo, los roles no son complementarios, sino suplementarios. En la etapa que surgen los roles psicossomáticos, la madre o quien desempeña el rol materno, lo hace siempre en suplementariedad, porque tiene que hacer por el bebé lo que él no puede hacer por sí mismo.

En términos evolutivos el vínculo, como se ha dicho, precede al rol y ya desde el nacimiento se configura una forma de relación vincular que implica una explicación teórica a través de la *Matriz de Identidad*. Desde el inicio de la vida, el momento del parto es considerado como primer gran acto espontáneo, surge el sujeto, bebé que se vincula a la madre en un principio como un yo indiferenciado desde donde emanan los roles primarios o psicossomáticos, el concepto de rol según Gloria Reyes une lo intrapsíquico, lo cultural y lo social, la unidad conductual que integra personalidad y cultura es el rol. Les sigue la aparición de los roles psicodramáticos y los roles sociales que interactúan entre sí conformando de esta forma una identidad, un yo y un sí mismo. El desarrollo de roles parte con el Rol Taking; imitación, Rol Playing; exploración a través de posibilidades de representación, y Rol Creating; desempeño del rol en forma espontánea y creativa. El niño va asumiendo estos roles

dentro del marco evolutivo en que se encuentra, de tal modo Moreno define la Matriz de Identidad en fases las cuales va relacionando con técnicas psicodramáticas centrales de la teoría:

Primera fase; Matriz de identidad indiferenciada, es el *doblo* en psicodrama, donde la madre suple al niño y es una extensión de él.

Segunda fase; Matriz de identidad diferenciada (se relaciona con la técnica del *espejo*). La madre se configura en otro a través del cual el bebé se mira.

Tercera fase; Brecha entre fantasía y realidad (relacionada con la técnica *inversión de roles*). Aquí el niño no sólo se diferencia de la madre sino que es capaz de ponerse en lugar de ella.

Cuando se producen alteraciones en el desarrollo, pueden producirse también alteraciones en esta dinámica, y los roles psicodramáticos pueden ser tomados sin plasticidad, porque no se han ofrecido alternativas, o los roles sociales pueden ser desempeñados de manera rígida o automática, sin creatividad (Bello. 1997).

En situaciones patológicas, los roles psicodramáticos y sociales pueden quedarse en situación de suplementariedad.

De acuerdo a lo planteado, experiencias vinculares negativas muy tempranas pueden inhibir este armónico desarrollo, dando lugar a comportamientos pasivo-dependientes, o a sus versiones reactivas, donde se enfatiza la autonomía y la actividad.

Como se mencionó anteriormente, existen los clusters, los principales son tres: el cluster materno, en el que convergen roles de función pasiva-dependiente e incorporativos. El cluster paterno, que corresponde a la actividad, afirmación y

autonomía y finalmente, el cluster tres, correspondiente a las funciones de compartir y competir (Bustos. 2001).

Cuando nace un bebé es absolutamente dependiente de la madre, éste no puede valerse por sí mismo, en esta etapa el bebé se encuentra especialmente sensible a la angustia de las personas que lo rodean, no puede diferenciar y la incorpora como propia.

La forma en que la madre sostiene al niño, de acuerdo a su seguridad o inseguridad va a determinar la anticipación del bebé a sensaciones como ternura, placidez, tensión o angustia.

En este período la dependencia es la dinámica y el rol complementario, el de la madre.

Aprender a depender es esencial para el desempeño de la vida adulta. Saber recibir, aceptar ser cuidado, convivir saludablemente con los momentos de vulnerabilidad, depende de las experiencias vividas en esta etapa. En este período, además, surge la capacidad de sentir y aceptar ternura, la cual es esencial para la construcción de relaciones de intimidad (Bustos. 2001).

Si la ternura no es seguida de los límites, de las normas y de la autonomía se pueden generar, posteriormente relaciones de máxima dependencia, o de negación total de ésta.

La autoestima está en gran parte condicionada por esta etapa. La mirada materna, representando la mirada del entorno del bebé, será la mirada con la que

observe sus acciones. La ternura y receptividad anticipan una relación amorosa consigo mismo.

Las experiencias negativas en el cluster materno pueden entorpecer mucho el desarrollo posterior. El estado de abandono y desamparo, pueden generar una incapacidad en el ser humano, de pasar al siguiente estadio del desarrollo con elementos suficientes para la sobre vivencia emocional. La falta de cuidados amorosos debilita el desarrollo psíquico y físico del bebé, llevándolo a la muerte en los casos más graves o a la psicosis, en otros.

En la medida, que se van internalizando sentimientos y ansiedades con sus correspondientes respuestas, se va construyendo la capacidad o incapacidad de atravesar por momentos de tristeza o frustración. La “madre interna”, cumple la función de permitir elaborar y superar adecuadamente esos momentos.

La agresión surge en estos momentos (Bustos. 2001). En su origen primordial, la agresión, también constituye un todo indiferenciado, que se puede definir como la capacidad de reacción frente a los estímulos. Se puede decir, que la agresión es siempre, en principio un rechazo. La angustia se establece allí como un rechazo que advierte el peligro. La agresión es, entonces, una defensa necesaria y significa una reacción adaptativa frente a los ataques del medio. Sin embargo, ésta no es la única fuente. La respuesta adaptativa, puede también responder a estímulos internos, como la envidia o los celos. Si la frustración es sostenida en las primeras etapas del desarrollo, se incorpora como parte constitutiva del yo. La tensión busca su descarga como manera de reestablecer el equilibrio interno. La armonía entre impulso y norma es una lucha central para el ser humano. La presencia de impulsos agresivos sin filtro, constituye la

psicopatía, en tanto que, su total represión conforma la depresión, siendo estos los polos opuestos del manejo de la agresión. (Agliati, Varas y Bravo 2004.)

El cluster dos, tiene relación con el período en que el bebé va madurando, tanto psíquica como biológicamente. Se sienta, siente la fuerza de sus piernas, sus manos alcanzan los objetos inanimados de los que aprende a diferenciarse. El verbo “poder” empieza a manifestarse, al mismo tiempo que aparece un nuevo personaje que se diferencia de la madre: el padre.

El rol complementario es ahora hijo-padre.

Junto con la acción, aparecen las normas que orientan y conducen al movimiento. Toda norma representa un límite a la acción y una capacidad de direccionalidad. Aparece en el bebé la noción rudimentaria de lo aprobado y lo desaprobado. Las normas aprendidas en ese momento tienen la fuerza de “mito irrefutable”, ya que, el bebé carece de un aparato psíquico desarrollado que contenga la capacidad crítica de filtrar los mensajes (Bustos. 2001).

El manejo de la agresión en este período, se caracteriza por el control, el dominio y la tendencia a establecer vínculos de sometimiento.

Los clusters permiten incorporar funciones que en la vida adulta facilitan la constitución de otros roles. Recibir (cluster uno) y dar (cluster dos), son funciones primordiales para el ser humano. El cluster uno representa la capacidad para decir sí, mientras que el cluster dos, la capacidad para decir no (Bustos. 2001).

Se puede decir que en cierta forma la capacidad de crear, generar ideas se aprende o está relacionada con las experiencias maternas, consecuentemente la capacidad de canalizarlas, darles forma, es función del cluster dos.

El padre o su figura sustitutiva, representa el orden y el límite, por lo tanto, siempre hay un grado de agresión incluido en la relación con quien dice no. Esta figura fuerte que limita la omnipotencia, tiene la particularidad de dirigir la acción, lo cual es vivido como una ampliación del mundo, o como una mutilación. La norma en sí misma debe diferenciarse del agente que la transmite. La posibilidad de identificación con la ley nace en este contexto. (Agliati, Varas y Bravo. 2004.)

El siguiente período, corresponde al cluster tres, en términos evolutivos el bebé ya ha aprendido a caminar, a buscar lo que quiere con el amparo de su madre y padre. Aparecen otras personas significativas como los hermanos, amigos, primos, u otros niños. La simetría se instala, la experiencia de relacionarse con otros iguales permite aprender y practicar muchos de los roles que se expresarán en la adultez

La construcción de “nosotros”, es la característica del cluster tres. Ya existe un rudimento de ésta en el cluster uno y dos, pero en ambos casos la asimetría de la relación asegura que uno de los roles, madre y/o padre es el que pone las reglas. En realidad, las impone y es bueno que así sea, ya que, el bebé no tiene como reformularlas, pero ahora la lucha se establece y se enseña a pactar, ceder y avanzar (Bustos. 2001 en Agliati, Varas y Bravo. 2004).

5.-Parto Prematuro

Impacto y Proceso.

El proceso vivido por una mujer que tiene un parto prematuro es largo y complejo, como ellas mismas lo relatan no están preparadas para una experiencia como esta, lo normal y lo que siempre esperaron es un embarazo y un parto con un bebé que llora y que toman en brazos en seguida, un par de días en el hospital y luego volver a la casa con su familia. Estos sucesos tan normales para la mayoría están lejos de cumplirse en madres de recién nacidos prematuros y en particular de madres de prematuros extremos, en los cuales el período de hospitalización es prolongado e incierto.

El Psicodrama, el Equipo Médico y las Familias

La mirada desde el psicodrama aporta un marco conceptual que facilita el ordenamiento de los hechos en una psicoterapia. No es fácil muchas veces, hacer distinciones precisas, los conceptos de la filosofía del momento; *matriz*, *status nascendi* y *locus* operan y se entrecruzan en el proceso. La integración de la experiencia como un todo es una fase más del proceso.

Conocer la teoría y sus orígenes no necesariamente permiten su incorporación a la terapia como herramienta útil, particularmente para un principiante. El apropiarse del rol y del marco conceptual ayuda, sin embargo lo que realmente permite entender es el paradigma, la epistemología desde donde se sustenta la forma de abordaje y evaluación. El encuentro entre este marco teórico y el modelo médico parece complejo precisamente por sus sustentos epistemológicos.

No obstante, es a través del ser humano que las teorías cobran sentido, que se puede abordar otorgando significado a las acciones que en este caso insertan los aspectos de la psicoterapia psicodramática individual dentro del hospital.

Desde esta perspectiva la relación se construye entre dos, la unidad mínima de conducta es la díada, la concepción de Moreno de grupo como posibilidad de trabajo e intervención.

Es la co-construcción del proceso que se instala en la relación paciente-terapeuta, la intersubjetividad se entiende como una posibilidad de encuentro real *yo-tú*. En este proceso, la madre que tiene un parto prematuro, mi formación de matrona facilita el diálogo en lo relativo a los aspectos médicos, tenemos ahí desde el lenguaje y la experiencia un punto de encuentro facilitador, mi yo está inmerso en el proceso, mi historia y mi formación. El explorar una experiencia desde la subjetividad apoya la mirada global hacia un ámbito médico en que precisamente los aspectos subjetivos o más cualitativos no tienen relevancia o no son considerados. La medicina basada en la evidencia posee un status, se avala en resultados, existe en un paradigma positivista que analógicamente es yo-ello/sujeto-objeto. El psicodrama enfatiza el encuentro, su interés está en el proceso, en ese sentido es más cercano a lo humano, a lo social, al ser completo.

En este ámbito se viven las experiencias de muchas familias de prematuros que son acogidas con las mejores técnicas y procedimientos médicos y de enfermería neonatal, la relación entre el equipo médico y las familias, en particular con la madre, se convierte en una relación cercana; días, semanas, meses, van haciendo de esta interacción una vivencia de confianza, desconfianza, dependencia frustración y

temores que se entrelazan y construyen un vínculo donde los que conforman el equipo de salud intentan apoyar y acoger de la mejor manera a los padres. Muchas veces esto no es totalmente posible, por una parte por el estado en que se encuentran los padres; atemorizados, confundidos y reactivos, muy estresados ante el impacto de conocer una UCIN, por otro lado no existe una capacitación para el equipo ni tampoco apoyo ante sus propios temores y al estrés que genera el trabajo en la UCIN.

La dinámica relacional transcurre en un campo desprotegido para los aspectos psicoafectivos y a pesar de algunos esfuerzos, no existe un programa permanente de apoyo ni autocuidado para el equipo de salud ni un equipo de salud mental que trabaje en conjunto.

Es en este contexto se da mi encuentro con Carolina, con quien comenzamos un camino terapeuta-paciente que implica una exploración del método psicodramático y, un espacio nuevo de elaboración y contención ante un evento imprevisto, doloroso y prolongado.

6.- Metodología

El presente estudio es Descriptivo Cualitativo y se realizó desde la perspectiva constructivista.. Este modelo metodológico es coherente al marco conceptual epistemológico que aporta el psicodrama.

La mirada paradigmática apunta hacia la exploración y profundización de conceptos dentro de una experiencia y contexto.

La sistematización se dirige hacia el aporte y generación de nuevas reflexiones, orientadoras en el ámbito hospitalario y en particular en el área de la neonatología, desde el psicodrama.

7.- Presentación del Caso

Carolina es una mujer de 40 años, casada, madre de 4 hijos vivos y uno fallecido, correspondiente al segundo gemelar de un parto prematuro del día 26 de enero 2007.

Su marido Jorge, de 40 años, sus hijos Sebastián de 17 años, Antonia de 11 años, Renata de 5 años y Gabriel, primer gemelar hospitalizado desde su nacimiento en la UCIN del hospital San Borja Arriarán.

Con relación a la *Matriz de Identidad*; es la hija mayor, tiene un hermano menor, Rodrigo con quien tiene una relación cercana. Su padre es funcionario jubilado de la Fuerza Aérea donde se desempeñaba en el área de esterilización y su madre dueña de casa, quien fallece en el año 2005 producto de un cáncer de hígado. Fue desde siempre muy apegada a su familia, casi no tenían contacto con el resto de la familia y hacían todo los 4 juntos, refiere haber sido muy feliz. El integrarse a un equipo de básquetbol a los 15 años le permitió conocer al que sería su marido, se casa a los 22 años. Tuvo un buen desempeño escolar y estudió turismo, carrera de la cual egresó y nunca ejerció. Su marido es técnico y trabaja en Chilectra realizando reparaciones e instalaciones. Posee buenos recuerdos de su vida familiar y jamás menciona conflictos en su familia, los roles estaban claros y se vinculaban de forma amorosa, cuidando de las necesidades de todos. Carolina mantiene un estilo vincular particular, que se adecua fácilmente a las situaciones y en el que se muestra amable y dispuesta a colaborar, esto la hace ser muy bien considerada por los demás. En los ámbitos en que se desenvuelve es una madre abnegada y también lo es en todas sus áreas de relación. Al indagar un poco más sobre los aspectos transgeneracionales, relata que su madre fue abandonada por su abuela y, siendo la segunda hija, con un hermano

mayor y dos menores, se hace cargo de la casa y de los hermanos, su madre fue una niña con mucha responsabilidad, sus hermanos le decían “mamita”. Posiblemente estas experiencias fueron arraigando en Carolina una Matriz en que la abnegación y entrega es la única forma posible de salir adelante asociado además al rol de madre. Carolina cuenta que su mamá cortó la relación con su abuela, a diferencia de sus tíos, a pesar de ello su madre asiste junto a su hermano al funeral de su abuela, ella no fue y reconoce que nunca perdonó a su abuela porque su madre sufrió mucho por su causa, es la única rabia que refiere, la que ha ido pasando con el tiempo. El rol de madre es altamente valorado en la familia de Carolina, relata su vivencia familiar como feliz y que su padre y su madre los cuidaban muy bien; admira a su madre “porque aunque no tuvo un buen ejemplo fue una súper mamá”. El rol de las mujeres en la familia de Carolina es valorado desde la abnegación y la entrega, quizá por esa razón, Carolina se muestra tan dispuesta y valiente, no dudando jamás en abandonar a su hijo, ni siquiera por un día. Es así que asiste sistemáticamente al hospital desde enero, fecha en que se pudo poner de pie después del parto de sus hijos. La matriz se actualiza con el evento del parto prematuro y se sostiene en el tiempo como única forma posible. Considerando esta Matriz de Identidad, la cultura entrega algunas referencias: la madre de Carolina era “regalona”, su marido le llevaba el desayuno todos los días a la cama, tenía períodos de depresión, según relata Carolina, y la crianza de los nietos renovó sus fuerzas y ánimo. Carolina relata que su padre atendía a su madre y que por esta razón su marido “tuvo que cambiar” cuando se casó con ella ya que “por ser hijo único, no se sabía hacer nada”. Ante la pregunta acerca de que piensa de su vida, dice que está agradecida porque tiene un buen marido “que no me pega y eso es harto decir en estos tiempos”. Existe en el discurso una cierta parcialidad respecto a los roles de hombres y mujeres, Carolina cuenta cómo los

hombres en su familia colaboran y “tienen que hacerlo”, y por otro lado esta ubicación culturalmente aprendida y enraizada de mujer abnegada., generosa y finalmente muy machista. Existe una ausencia de ella misma cuando Carolina habla, no se conecta con sus necesidades, “es que no tengo de que quejarme, sería mal agradecida, tengo todo lo que necesito”.

Su familia nuclear es cohesionada y mantiene el mismo estilo de vinculación que su familia de origen. En el núcleo, los roles siempre estuvieron muy bien delimitados, Carolina fue una hija abnegada, hija de una madre abnegada y un padre trabajador. Posee gran responsabilidad en el funcionamiento de la familia “si yo no lo hago, nadie lo hace”, lo que sumado a la demanda del hijo hospitalizado la tiene en un estado de agotamiento físico y emocional, que no es capaz de expresar con facilidad, le cuesta conectarse con sus necesidades, su rol de madre abnegada, siempre pendiente de las necesidades de su familia se lo impide.

La *Matriz de Identidad* de Carolina está configurada por una placenta social que implica una visión del mundo y de la temática de género en que los valores tradicionales católicos como la familia unida, el esfuerzo, la resignación ante eventos dolorosos, la sujeción de tareas domésticas y del hogar a lo maternal y el trabajo a lo paternal, dan cuenta de un funcionamiento rígido, disociado. La temática de género está asociada al rol de mujer como madre y esposa, muy ligados a la abnegación y la renuncia. Esto da cuenta de una imposibilidad de tener espacios propios de desarrollo, una negación a los proyectos personales. Quizá la única relación a ese espacio implique una especie de polarización hacia el extremo opuesto; la mala madre que abandona (su abuela) que probablemente soñó algún proyecto personal que sin embargo terminó siendo autodestructivo. El cáncer de la madre de Carolina, un

cáncer de hígado pudo ser una forma de liberación final, la rabia por el abandono de su madre a quien nunca perdonó realmente. Carolina tiene un parto prematuro ¿cómo forma de perpetuar la unión con su madre?, entregándole a su hijo para que lo cuide o quizá como forma de liberarse del “peso” de criar dos niños o de expiar finalmente toda la rabia a través de una abnegación total y absoluta hacia el hijo que sobrevive como demostración de que jamás abandonaría a un hijo, aún enfermo y con secuelas de gravedad claras.

Con relación al *Status Nascendi* ; Carolina debió estar en reposo casi desde el inicio del embarazo, cuando supo que era un embarazo gemelar, se sintió muy feliz, siempre quiso tener gemelos. Aunque no fue programado, el embarazo fue muy bien recibido por su familia, su marido estaba contento y sus hijos ansiosos por tener estos dos nuevos hermanos simultáneos. Debe hospitalizarse cuando comienza con contracciones mas seguidas, está once días en el hospital hasta que comienza a sangrar, tiene dilatación cervical y debe ser operada de urgencia por un desprendimiento prematuro de placenta, el parto es muy rápido, los bebés nacen muy deprimidos y nos los puede ver en ese momento, sólo podrá verlos cuatro días después.

El *Locus* está determinado por el parto que es muy traumático, rápido, la urgencia no le permite pensar demasiado, sin embargo estando hospitalizada por once días Carolina sentía que debía “aguantar” hasta las 32 semanas para que sus bebés tuvieran oportunidad de nacer en mejores condiciones, estos pensamientos se unen a la sensación de culpa por no haber hecho el reposo como se lo indicaron, las labores de la casa y su esmero por cumplir como madre y esposa hicieron que reposara poco lo que obliga a su hospitalización por el riesgo que significaba, ella sólo puede hablar

de esta culpa mucho después y se siente responsable por el desprendimiento de placenta que tiene.

Carolina estaba hospitalizada en el sector de Alto Riesgo Obstétrico (ARO), allí están la mujeres embarazadas que tienen alguna patología del embarazo que hace necesaria su internación por el riesgo para ellas y para el bebé por nacer. Once días de hospitalización en reposo absoluto, temiendo todo el tiempo de que el parto se iniciara y escuchando a todo el personal médico lo que dicen siempre “tienes que aguantar”, “aguanta gordita porque si no tus chiquillos se pueden morir”, “tienes que aguantar lo mas posible para que maduren”. Ese es el discurso diario de médicos y matronas. A veces, técnicos paramédicos cansadas por la exigencia del trabajo maltratan a las pacientes que no pueden hacer ninguna actividad física, ni levantarse al baño. Las visitas médicas dejan las indicaciones y las matronas pasan rondas auscultando los latidos cardíofetales, no siempre es fácil encontrarlos de inmediato, especialmente en los embarazos más pequeños. A veces no es posible “aguantar más” y bajan pacientes a pre-partos y sala de partos. Sus bebés quedan hospitalizados, a veces no logran sobrevivir, de esto se enteran las mujeres de la sala y aumenta el miedo y la ansiedad...hay que aguantar más. Así pasan los días de Carolina, haciendo amistad con otras mujeres de la sala y compartiendo sus temores y sus alegrías.

El impacto del parto prematuro, lo imprevisto y la cercanía de la muerte en el evento previo al parto tienen un efecto muy impresionante para Carolina, es el momento en que utiliza toda su fortaleza para mantenerse tranquila y dejarse cuidar por el equipo de salud que actúa rápido, como en toda urgencia. Se siente agradecida por los cuidados del hospital y mantiene buenas relaciones con el personal.

En este contexto la matriz continúa manifestándose tal como siempre, en este *Status Nascendi*. A diferencia de su madre, ella ha trabajado gran parte del tiempo “para ayudar a su marido”, como secretaria en una empresa de seguros, cuenta que le va bien y que es muy querida por sus jefes, Carolina posee un grupo sociométrico pequeño, sus relaciones son estables, confiables y se prolongan en el tiempo. Ella tiende a asumir los eventos de su vida como algo que pasa y de lo cual “hay que hacerse cargo”, asume la responsabilidad rápidamente, es una mujer afectuosa, muy colaboradora y preocupada por lo demás, comparte y trata de ayudar, su estilo de relación cordial y afectuoso le hace ser aceptada con facilidad, en la UCIN es muy querida y respetada por el equipo de salud. No se da tiempo para ella y siente que no merece disfrutar nada porque su hijo sufre.

“El Gabriel nos cambió a todos, ahora nos unimos más en la oración y yo estoy mas relajada, no me importa que desordenen, que griten, que jueguen, digo: ¿cómo les puedo prohibir algo que su hermano quizá nunca pueda hacer?”. El nacimiento de sus hijos y el estado actual de Gabriel le han hecho reordenar sus prioridades y cuestionarse su actitud frente a sus hijos.

Su mecanismo de defensa central es la intelectualización, justifica los acontecimientos y busca una explicación lógica, es inteligente y locuaz. Desde la perspectiva de la fe comprende lo que pasa y se entrega a Dios “porque el sabe lo que hace”. Esta forma de responder ante cualquier evento dificulta la indagación terapéutica, es colaboradora sin embargo no es fácil para ella responder a sus propias necesidades y por lo tanto conectarse con lo que realmente siente.

Puede darse cuenta de lo que puede tolerar y lo que no y pone límites respecto a la información que desea recibir acerca del estado de su hijo.

Asiste diariamente al hospital desde Enero, sin faltar un solo día, salvo cuando hubo paro de micros y no pudo llegar, “aunque llamé un montón de veces, yo creo que los tenía aburridos”. Refiere que sus prioridades han cambiado y ha debido enfrentar “esta prueba” con mucho valor, siente el apoyo de su familia, su marido es comprensivo y sus hijos se han adaptado a su ausencia, todo lo cual no ha sido fácil en muchos momentos.

Es la que organiza todo en la familia, señala que su marido es un “siete”, que la apoya y no le exige nada, a veces él lava la loza y se hace cargo de las tareas de las niñas. Ella ve esto con gratitud y dice que él “le tiene paciencia”, además no ha podido tener relaciones sexuales desde que se embarazó, su desgano sexual lo explica porque piensa sólo en su hijo y no tiene ganas, está cansada. Al principio rechaza al marido, lo evade, ahora conversan el tema y él está dispuesto a esperar, según lo que ella relata.

Aún cuando existe esta ayuda por parte del marido, Carolina se siente agobiada ya que él no pregunta a los médicos, sólo a ella y esta situación la pone nerviosa, muchas veces se angustia más cuando él está, puesto que siente que tiene que tranquilizarlo y responder a sus preguntas.

Respecto al *Locus*, Carolina estaba por cumplir 40 años, con tres hijos grandes, su familia está bien constituida, no tiene grandes proyectos, se siente tranquila, lo que persiste es una gran tristeza por la pérdida de su madre a la que recuerda incesantemente, continua replicando la forma de vinculación de su familia de origen,

no tiene gran contacto con su familia extensa, sólo su hermano y su padre forma parte de su círculo. Son una familia de clase media, viven en una casa propia en la comuna de Maipú. El único nexo con un grupo de personas lo tiene en un grupo de encuentro matrimonial en la parroquia de su comunidad con los cuales se reúne ella y su marido una vez por semana. Se siente responsable por su familia y es quien debe poner orden y estructura, se preocupa por mantener la casa limpia, pagar las cuentas, despertarlos en la mañana etc.

En el hospital se muestra tranquila y mantiene buenas relaciones con el personal, es consciente que muchas veces las mujeres hospitalizadas en alto riesgo obstétrico no son muy bien tratadas. En la UCIN la demanda asistencial es muy exigente y el personal se esmera en la atención de los pacientes, a pesar de la cantidad de padres que circulan por la unidad y de la gravedad de las patologías de muchos niños no existe un programa de atención psicológica a los padres, los médicos no derivan a los padres puesto que no hay equipo de salud mental para estos casos. Sólo a partir del año pasado se realizan reuniones grupales semanales con los padres de los recién nacidos prematuros, sin embargo no se tiene una visión sistémica y las necesidades del equipo de salud no se consideraron.

Como se dijo antes, la *Matriz* se actualiza con el evento del parto prematuro extremo, que es estresante, requiere de una fortaleza emocional muy grande y de una demanda física también muy importante, Carolina no se revela ante la experiencia, se adecua y la acepta de forma inmediata, justifica todos los sucesos de su vida encontrando argumentos razonables, usa la lógica que apoyada en la religión le otorgan la tranquilidad que necesita, intelectualiza los eventos y pone límites en la información que recibe para tolerar la situación. Jamás piensa en sus necesidades, como siempre

siente que hace lo que tiene que hacer. Se siente culpable si disfruta de algo, piensa: “¿cómo puedo reírme si mi hijo está sufriendo?”

8.- Proceso

Primera Etapa

Carolina llega a las reuniones grupales de padres de niños prematuros que se realizan semanalmente en el hospital. Me manifiesta que siente que hay cosas que no ha dicho y de las cuales no puede hablar, le propongo trabajar en forma individual y acepta inmediatamente. En la primera sesión acordamos trabajar semanalmente y ella acepta que sus testimonios sean parte de mi trabajo de tesina.

La exploración se realiza fundamentalmente a través de la entrevista, la narrativa de la paciente, sus creencias, sus temores y sus experiencias dentro del hospital. Su discurso está centrado en la salud de su hijo Gabriel, “si él está bien, yo estoy bien”. Es muy importante como dicen Agliati, Bravo y Varas en su tesis entender, que “el método psicodramático, se encuentra sustentado dentro de un paradigma. En este contexto, se debe subrayar que éste adquiere forma en etapas, componentes y técnicas específicas. Sin embargo, lo esencial del método es la epistemología más que la forma. En este sentido, en términos prácticos, es posible desarrollar una sesión de psicodrama de acuerdo al modo clásico, pero también puede realizarse una entrevista, o una sesión verbal y tener en ella una visión psicodramática.”

Considerando este precepto, la exploración de la experiencia de Carolina y sus vivencias son narradas en el vínculo terapéutico que se sustenta en la mirada psicodramática.

Es la paciente la que trae los temas a la sesión, siempre parte haciendo un reporte de la salud de Gabriel, lo que opera como caldeamiento inicial. De a poco es posible llegar a sus sensaciones, su cansancio y lo que desea hacer o no hacer.

La indagación de su red vincular actual y de cómo ha cambiado es posible a partir de la construcción del Atomo Social, el Psicodrama Interno permite ubicarnos en escenas y reproducir la experiencia con las interpretaciones actuales.

Como se señaló antes, Carolina manifiesta que hay cosas que no ha podido expresar, siente que no ha hecho el duelo por Cristóbal, su hijo fallecido; “todo pasa tan rápido, que creo que no he tenido tiempo de llorar, de hacer el duelo por mi otro hijo”.

El átomo social sirve para explorar su red vincular. En forma posterior a una sensibilización corporal y al caldeamiento inespecífico del diálogo inicial se sorprende de que sus padres son considerados más importantes que su marido, después de sus hijos, son ellos lo que se ubican en el lugar de mayor cercanía, también se sorprende de que los funcionarios del hospital sean tan visibles, junto a la comunidad de su parroquia son las personas más cercanas y presentes que tiene. Son muchos, los denomina en forma general y cuando le solicito que los nombre aparecen varias personas de distintos estamentos. Carolina habla de sus vínculos en el átomo social con claridad y con la misma disposición , gratitud y tranquilidad que la caracterizan, reconoce que su círculo es pequeño y habla de que es selectiva “a mí me gusta pisar terreno firme”. De esta forma se visualiza la cualidad del método psicodramático de permitir la expresión de contenidos inconscientes.

Su rol es claro y en los ámbitos en que se desenvuelve como se ha dicho, es una mujer abnegada; madre preocupada, esposa apoyadora, secretaria eficiente y

confiable, buena hija. En esta primera etapa Carolina logra hablar de la culpa, por no haberse cuidado lo suficiente y manifiesta por primera vez sus dudas respecto a la responsabilidad que le cabe en el desprendimiento de placenta normoinsera. El encontrar aspectos que la conflictúan da inicio a explorar contenidos no expresados en el ámbito social donde se desenvuelve.

Cuando habla de Gabriel está presente Cristóbal (el otro gemelo), siempre fueron dos. El recordar a Cristóbal y hablar de su muerte la conecta con una emoción profunda y dolorosa, recuerda la muerte de su madre, puede relacionar los hechos, darle una secuencia y llegar al momento de la gravedad y la muerte del hijo, de la despedida, habla de lo que desearía Cristóbal y por primera vez caen algunas lágrimas de sus ojos. Los aspectos relevantes de esta primera etapa fueron la exploración de vínculos y roles y la conexión y elaboración del duelo.

Posterior a esta entrevista, Gabriel fue operado para reconstituir su intestino, la operación lamentablemente no tuvo buena evolución y hubo que reoperar de urgencia puesto que el intestino no funcionó como se esperaba, posterior a este evento Gabriel empeora su estado general, no regula bien la temperatura, tiende a enfriarse y comienza a bajar de peso, esto sucede por varias semanas. Carolina siente mucho miedo y por primera vez desde que nacen sus hijos ella llora, llora suave e incontinentemente, esto provoca ansiedad en el equipo de salud que se sorprende y se angustia al verla por primera vez frágil. Esta vez su fortaleza flaquea, está cansada, habla de la frustración que le provoca todo el tiempo de tratamiento de Gabriel y está sensible y fragilizada, su familia también se sorprende, refiere cambios en el hijo mayor que se vuelve mas cooperador y su marido por primera vez asume un rol más protector y la apoya y tranquiliza; “es que yo tengo 4 hijos en la casa, Jorge es como

mi hijo”; “él me ayudó, se dio cuenta de que yo estaba mal y me apoyó”. Se produce una reestructuración en los roles, Carolina se da cuenta que su marido la puede contener y está muy frágil, no puede evitarlo, de esto toma consciencia mucho después, se ríe de lo que pasa en el equipo de salud que no tolera la ansiedad que les produce verla mostrando su tristeza y desconsuelo, no obstante, considerando los acontecimientos de su experiencia es absolutamente esperable y normal que esto ocurra. De esta manera el contexto hospitalario estimula, favorece y agradece el estilo vincular de Carolina y su forma de afrontamiento, en alguna medida esto fortalece su Matriz. Lo que implica la negación de sus propias necesidades, proyectándolas en otro, en este caso su hijo.

La realización del Mapa Fantasmático Corporal le facilita el contacto con su cuerpo y la gráfica de las sensaciones en un formato pueden darle una visión distinta, desde el dibujo logra comprender como se siente y que necesita descansar, puede expresar en un formato externo las sensaciones y percepciones respecto a su cuerpo, como siempre en la sesión cuesta que Carolina se relaje, una sensibilización y concientización corporal inicial y luego el dibujo, al principio pregunta lo que debe dibujar, luego pinta zonas rojas y escribe los significados en la hoja, así puede hablar de la tensión, del dolor muscular, del “bloqueo sobre los hombros”, del “fuego en los pies” y las “pesas que cuelgan” de sus brazos. Carolina puede identificar sus zonas de tensión en la entrevista, puede dibujar estas zonas y relacionarlas con elementos como bloques, ganchos y fuego, no otorga otros significados a estas áreas. Aparece la rabia latente, por los elementos que elige para representar sus sensaciones y dibuja sólo con color rojo, sin embargo no llega a visualizar la rabia y se queda en el relato del cansancio, ¿será posible que Carolina acepte que le da rabia no poder dormir, tener

que correr todo el día y ser demandada por su familia todo el tiempo?, ¿cuánto de este cansancio y dolor de la musculatura, serán contracturas históricas?.

La primera fase consistió entonces en otorgarle un espacio de contención y elaboración. Durante el proceso aparecen diversos temas, el átomo social se diversifica, se ha ido ampliando y moviendo con relación al locus. Carolina se refiere a su necesidad de “pisar terreno firme”, el tema de la confianza, desconfianza, se conecta con el dar y recibir, también debe afrontar el pedir ayuda y sin duda una cuestión fundamental es que se genera el espacio para abrir el tema del duelo, el dolor, el surgimiento del duelo de la madre muy asociado al evento del parto prematuro y el posterior resultado de muerte de Cristóbal. Carolina se conecta con sus duelos, con su historia, quizá con los duelos de su madre, de la que no ha podido despedirse realmente. La posibilidad de mirar y asociar el duelo actual con la muerte de su madre permite abrir una ventana a los reales sentimientos y emociones que la embargan, posibilitando una especie de reencuentro y despedida de la madre asumiendo su propio rol. Probablemente la sobreidentificación de Carolina con su madre sea la estructura de la matriz, no realizó el tránsito necesario hacia una diferenciación saludable lo que conlleva una rigidización del rol de mujer y por ende la dificultad de asumir su propia identidad de género. Quizá el asumir su identidad y su rol, libre de las necesidades de la madre implique finalmente despedirse definitivamente de ella, es decir, asumir el duelo con todo el dolor que conlleva. El abandono, el dolor, las ausencias, resuenan en Carolina quien toma conciencia de esto y desde allí, la posibilidad de avanzar hacia la resolución de estos temas.

Segunda Etapa

Carolina se expresa con mayor libertad, refiere que se siente tranquila. Lentamente ha podido hablar de sus necesidades y pedir ayuda a su familia, aún se cuida y contiene para que sus hijos no sufran. Su sistema de creencias la fortalece en la adversidad. Los cambios son pequeños, Carolina se replantea su forma de vida, las exigencias a sus hijos, su obsesión porque todo esté limpio y ordenado hoy no tiene la menor importancia.

Su rol de madre abnegada y esposa contenedora pudo moverse en algunos momentos. La experiencia, pudo facilitar esta situación, Carolina flaquea y su rol infranqueable decae por el cansancio y la tristeza

El estilo vincular es el mismo que el de su familia de origen, Carolina es una mujer resiliente, tolera las dificultades que se van presentando y la ansiedad respecto al alta de su hijo va disminuyendo significativamente, expresa que: “ahora vivo el día”, “disfruto al Gabriel y doy gracias porque está mejor”.

La reestructuración de las prioridades con su familia no la desmarca de su rol habitual, es decir, no desestructuran del todo la conserva cultural rígida asociada a ser madre y esposa que posee, sin embargo, particularmente Isidora, la hija de 11 años comienza a asumir el rol de cuidadora de la casa en ausencia de la madre, la hija menor y el hijo mayor no cambian su rutina en forma importante. Jorge, el marido debe asumir tareas domésticas y hacerse cargo de los hijos, colabora, está cansado, la familia está cansada; las niñas demandan la presencia de la madre, el marido más atención . Existe mucha exigencia, por primera vez Carolina habla de su dificultad de tipo sexual, la que consiste en una considerable disminución del deseo sexual, no

ha tenido relaciones sexuales desde que se embarazó, no tiene ganas. Su marido bromea con el tema, sin embargo ella sabe que tiene que afrontarlo. Después de hablarlo pide hora con la matrona del consultorio, pierde la hora. Se ríe cuando me explica cómo es que no pudo llegar, reconoce que se está evadiendo, le propongo alternativas para las que no tenga excusas posibles, se ríe y dice que sabe, que me va a pedir los datos pronto. Necesita un método anticonceptivo (MAC). El enterarse que si usaba MAC no podía comulgar le afectó, su sacerdote se lo confirmó, a pesar de su religiosidad acepta que no quiere más hijos y que no hay alternativa, debe usarlo ya que por la urgencia de la cesárea no fue posible realizar la esterilización tubaria que tenía programada.

En esta etapa de la terapia puede pensar en no asistir un día al hospital, esto le permite acompañar a sus hijas e hijo, o al menos estar sólo en la mañana y descansar un poco “es que siento que él (Gabriel) sufriría, porque sabe que yo llego, escucha mi voz, creo que me espera, está acostumbrado, entonces si faltó...”

Esta abnegación total expresa una necesidad propia, de apego con el hijo y por otro lado el temor al abandono depositado en Gabriel y el miedo a ser abandonadora, expresiones que pueden tener su origen en la experiencia de abandono que sufre su madre.

Carolina pudo conectarse con sus emociones más negadas, la culpa, la desesperanza, el miedo, también pudo sentir las necesidades de su cuerpo, el cansancio y el dolor. El locus actualiza la Matriz y de algún modo facilita la revisión de ésta y entonces provoca pequeños movimientos en relación a flexibilizar su postura. Al tomar conciencia de esto por un lado se siente más aliviada de poder hablarlo y por otro

genera movimientos como asistir al médico, preocuparse por su salud. Existe una mayor noción de lo que necesita y de lo que quiere, en su fantasía lo que desea es llevarse a su hijo a la casa y tenerlo cerca y dormir con él mucho tiempo, despertar y luego seguir durmiendo con él bien abrazado.

Carolina puede tomar conciencia de la matriz que la acompaña, su total resignación y adaptación a los eventos de su vida, siempre centrada en las necesidades de los demás, particularmente de su familia, esto le permite reflexionar y esforzarse por conocer sus necesidades aunque se da cuenta que siempre termina pensando en su familia.

Las configuraciones sociales se mantienen, cobran importancia los componentes del equipo médico con el que Carolina se comunica muy bien. La reestructuración de su familia en tareas y necesidades desde que Gabriel está hospitalizado no ha provocado mayores conflictos, Carolina mantiene el estilo relacional y la matriz permanente. Manifiesta sentirse más tranquila y menos ansiosa, dispuesta a retomar el tema de la sexualidad con su esposo, que sin embargo aparece como un deber de esposa que no está cumpliendo mas que como un deseo personal, es decir el deber ser asociado al rol.

En esta segunda etapa fue posible fortalecer el vínculo terapéutico, exponer de alguna forma la matriz a Carolina quien la reconoce y reflexiona acerca de lo que necesita y quiere. Puede expresar un poco más sus emociones, incluso habla de su sexualidad y de los duelos.

En este contexto, se abre la posibilidad de rematrización para Carolina y de nuevos espacios para indagar.

Tercera Etapa

En la tercera etapa Gabriel está hospitalizado en el sector de pediatría, en nutrición, su dificultad de absorber adecuadamente los nutrientes hace necesario que continúe hospitalizado, con alimentación parenteral y en espera de la reconstitución de su intestino. Carolina sigue asistiendo a las sesiones individuales, no obstante de encontrarse en otro sector del hospital, llega puntualmente, a veces llega temprano y participa en la reunión grupal, su presencia es importante, positiva para el grupo de padres, ella comparte su experiencia y cuando hay madres muy angustiadas o cansadas ella puede hablar desde su proceso con Gabriel y las tranquiliza. Sorprende la capacidad de Carolina de permanecer con fuerza y ánimo, ella habla de los momentos difíciles, de sus dudas y su rebelión con Dios, temas que al principio no tocaba, habla de su hijo muerto y de cómo Gabriel a pesar de todo vive y quiere vivir. El relato de Carolina da cuenta de una mayor conciencia del proceso, el locus ha permitido que se confronte con emociones complejas, la situación límite la puso en un lugar desconocido al que llega y se adapta con la actualización de la matriz Pudo hacer pequeños movimientos, el costo emocional y físico se notó, Carolina tuvo que aceptarlo, recibió el apoyo de su marido cuando estuvo frágil, lo permitió, entonces ha habido escenas novedosas en su vida, se enojó con los hijos, exigió colaboración y reclamó por la falta de ella. Es importante para mí observar que el espacio terapéutico ha sido beneficioso para Carolina, ella lo acepta y comparte, colabora, habla con más libertad, hay emoción y humor en nuestras interacciones.

Carolina me sorprende contándome que visitó al médico, una doctora que le dio vitaminas y medicamentos homeopáticos para dormir mejor, se siente contenta de preocuparse por ella aunque aclara que ahora no se puede enfermar porque Gabriel la

necesita más. Ahora que ya puede llevarlo por algunas horas a la casa, esto generó un cambio en la familia que siente a Gabriel más cerca, parte de ellos, su presencia en casa llevó alegría, después de tantos meses, sólo Carolina tenía una visión de Gabriel permanente, en este tiempo, a partir de septiembre Gabriel “existe” para sus hermanos y padres.

A pesar de este giro de Carolina hacia su persona, le señalo que en su discurso su accionar está orientado siempre en función de las necesidades de otros, particularmente de Gabriel, ella se da cuenta de que esto es persistente, ya se había sorprendido antes, sin embargo refiere riendo que eso es lo que siente.

Carolina habla de que sabe que le falta ir a la matrona, aludiendo a que aún no retoma su actividad sexual, en este momento le aconsejo visitar a un médico y sugiero que ha pasado tanto tiempo que tal vez puede esperar otro par de meses, le digo que no se apure. Este espacio es de confianza. Carolina se prepara para la llegada definitiva de Gabriel a la casa, propone el tema de la sexualidad tangencialmente, desde mi profesión de matrona le puedo dar recomendaciones específicas y la pongo en escenarios distintos, mi última intervención es paradójal, Carolina se sorprende pero no reacciona.

Después de este período de reuniones periódicas puedo dar cuenta de un proceso complejo, donde la mirada psicodramática me permitió interactuar desde distintos ámbitos. Hoy Carolina está cansada, sin embargo menos ansiosa, se ve contenta y afronta las dificultades más acompañada por su familia, es menos omnipotente y ha mostrado una faceta de humor, tanto en las reuniones grupales como en las sesiones individuales, se ve mas conectada emocionalmente y se cuida más.

9.- CONCLUSIONES

Después de siete meses de reuniones individuales con Carolina, casi todas las semanas y hoy cuando Gabriel está mejor, llegamos al punto de cierre del proceso terapéutico. No es fácil concluir cuando el proceso está tan asociado a la experiencia de recuperación de Gabriel quien ciertamente siempre conllevará su condición de prematuro y asfixiado gemelar sobreviviente, situación que configura características de daño permanente que la ciencia aún hoy no tiene claras. Cuando se menciona lo anterior, el cuestionamiento es grande, puesto que surge una pregunta: ¿quién es el paciente?. Todo el proceso terapéutico con Carolina estuvo asociado al ritmo de la salud de Gabriel.

Carolina como mujer abnegada que es, desde enero hasta hoy continúa asistiendo al hospital diariamente, sin faltar, espera y sueña tener a su hijo en casa para navidad y que se quede permanentemente. La disposición de Carolina y su capacidad de adaptación se permea por una rigidización rólica y vincular que tiene su origen en la matriz de identidad, existe una entrega total y absoluta. El rol de buena madre, una madre que jamás abandonaría a su hijo, ni siquiera por un día contrasta totalmente con la abuela materna que abandona a sus hijos, Carolina siente enojo con esa figura y admira a su madre puesto que “sin tener un buen ejemplo” fue una madre excepcional. El reaccionar ante este hecho doloroso para la madre de Carolina y para ella misma hacen que el rol de mujer esté fusionado con el “deber ser buena madre y buena esposa”, además de abnegada y agradecida. Las características de vinculación de Carolina entonces hacen difícil el apronte terapéutico, es colaboradora y gentil, sin embargo, en otro ámbito mantiene distancia entre las necesidades de su familia y las propias, le es difícil conectarse con sus necesidades emocionales y corporales, aún

cuando la carga emocional y física del largo período de recuperación de su hijo son evidentes. Ella considera las necesidades personales siempre en función de los otros. La estructura de personalidad de Carolina da cuenta de la rigidización de sus roles como conserva social, puesto que son avalados por un equipo de salud que apoya su estilo vincular y rónico, lo agradece y reacciona sólo cuando en un momento Carolina expresa su dolor y su cansancio; una mujer como Carolina es inmediatamente aceptada y querida en el ámbito clínico en tanto se mantenga incólume, dispuesta y siempre bien.

Más allá de la complejidad del caso, por lo antes expuesto, surge la posibilidad de encuentro dentro del espacio terapéutico, esta situación se visualiza en el recuento.

La dificultad inicial de aproximación y la autoexigencia desde el lugar de terapeuta de cumplir con los requerimientos de la técnica psicodramática conectan con la sensación de ineficacia y dudas acerca de la real utilidad del espacio, en la reflexión posterior es posible visualizar que esta dificultad se acopla de cierta manera a la resistencia de la paciente o a la dificultad de ella de conectarse con sus necesidades, de igual forma en que a la terapeuta le cuesta conectarse con sus necesidades desde el rol y con las posibilidades del paradigma de la técnica dentro del ámbito hospitalario más allá de la descripción teórica. En el primer período entender la visión psicodramática como una posibilidad paradigmática de trabajo fue esencial y muy necesaria. La rigidización de roles ocurre en cualquier ámbito y las conservas culturales se construyen en tanto existan sujetos dispuestos a rigidizarse, por tanto la técnica también puede convertirse en una conserva cultural. Aún cuando no se esperaba una gran catarsis, o una escenificación de la situación traumática de la paciente, el cuestionamiento estuvo asociado a si realmente lo que estaba ocurriendo

en el espacio terapéutico era o no psicodrama. En este sentido el entender al psicodrama como paradigma, más allá de la técnica facilitaron o permitieron el trabajo, finalmente.

El encuentro real yo-tú se instala en la primera etapa de la terapia cuando Carolina logra conectarse con el duelo, el duelo por su hijo Cristóbal, el gemelo que no resiste su condición de prematuro asfixiado y muere después de 9 días de intensos tratamientos en la UCIN. Al hablar de su hijo muerto, Carolina como pocas veces dentro del proceso se emociona muchísimo y por primera vez, tal como ella lo expresa habla de la culpa que siente por la prematurez de sus hijos con la consecuencia de muerte de Cristóbal y la sobrevivencia incierta de Gabriel. La culpa es un sentimiento presente en todas las madres que han tenido un bebé prematuro, independientemente de la causa, ellas asocian la situación a algo que no hicieron bien o que dejaron de hacer. El caso de Carolina no es la excepción, la situación que provoca el parto antes de tiempo es el desprendimiento de placenta, Carolina estaba hospitalizada cuando esto ocurre, lo que da cuenta de lo inesperado y difícil que es prever o controlar un accidente obstétrico como éste. El que se encontrara hospitalizada en ese momento, permite que sus hijos sobrevivan.

El poder expresar “la culpa” y todas las fantasías asociadas a ella permiten la descompresión emocional, y la posibilidad de abrir espacios de reflexión más amplios, esto es algo “indecible”, Carolina no lo había comentado con nadie, y tampoco lo hizo después de ese día. La reflexión continuó entonces hacia la elaboración del duelo, el recuerdo de Cristóbal la entristece e inmediatamente surge otro duelo, el de su madre muerta hacía menos de dos años. La conexión de estos duelos de Carolina se mantiene a lo largo del proceso, la relación de Carolina con su

madre era estrecha, quizá nunca totalmente independiente de ella, su muerte la sorprende a pesar de la enfermedad y gravedad que conocía, la sorprende puesto que su refugio en la fe católica le hacían mantener la convicción de que sobreviviría. Aún así, no se rebela, acepta la muerte también como parte de lo que Dios quería. Entonces asocia la muerte de su madre como una posibilidad de que ella se hace cargo del nieto muerto, y le pide que “le deje” a Gabriel, la tranquiliza pensar que su madre cuida a Cristóbal. Una pregunta surge entonces: ¿pudo Carolina haber gestado estos gemelos para resarcir la pena por la ausencia de la madre?, ¿es posible que Carolina haya querido entregar uno de sus hijos a su madre y quedarse con el otro para así perpetuar su unión con ella más allá de la muerte?, quizá este embarazo “inesperado”, a los 40 años, gemelar, tenga relación con una imposibilidad de superar un duelo tan complejo para esta mujer que mantiene zonas de fusión con su madre a la que precisamente el cuidado de sus nietos le otorgaron la felicidad de sus últimos años.

La configuración vincular de Carolina se estructura de manera similar después del evento traumático del parto prematuro, el locus está relacionado con un estilo vincular y rólico que de acuerdo a lo expresado por la paciente continúa manteniendo a la madre como central y cuidadora del hijo que no está, “que se lleva”. En la construcción del átomo social, Carolina se sorprende de que el lugar de los padres está antes que el lugar del marido, piensa que si eso es “malo”, pero independientemente del juicio que le surge, es así, la ubicación de los padres está en el mismo nivel que los hijos, es la estructura habitual, que se filtra en el discurso.

La instalación de los componentes del equipo de salud como relevantes en la vida de Carolina da cuenta del cambio vivido en la rutina de su familia. Muchas personas

desconocidas pasan a ser gravitantes para la estabilidad emocional de Carolina y su familia y también para la salud de su hijo hospitalizado. La experiencia de compartir a diario, durante meses, en una unidad crítica generan lazos, vínculos importantes que hoy aún cuando Gabriel se encuentra en otra unidad del hospital se mantiene, Carolina visita con frecuencia a técnicos, matronas y médicos y todos la reciben con cariño y preguntan por Gabriel, del mismo modo algunas personas de neonatología van a preguntar por Gabriel a la unidad de nutrición de pediatría donde se encuentra hospitalizado desde octubre. En este tiempo y con la instalación del locus Carolina afronta un reordenamiento en su red sociométrica, incluye en su vida cotidiana a personas que sin la experiencia traumática del parto prematuro no hubiera conocido, se produce a partir de allí una serie de resignificaciones en su vida y cambia el espectro de prioridades y validez de las creencias.

Las etapas de la terapia, de algún modo se relacionan con el proceso en los tres clusters. Durante la etapa inicial, Carolina se ve enfrentada a sus emociones negadas, el duelo surge y se afecta de modo que debe recibir el apoyo de sus seres queridos y equipo de salud, además al estar frágil debe pedir ayuda y de esta manera el cluster materno opera tanto dentro como fuera del espacio terapéutico. La idea de recibir es compleja en este caso pues Carolina tiene muy incorporado (quizás transgeneracionalmente) el dar, entregarse y servir. El paso hacia el segundo cluster se relaciona con la capacidad de Carolina para de algún modo ir soltando la ansiedad respecto a la salud de Gabriel y poniendo límites y exigencias en su casa, con los hijos, se enfrenta de una forma novedosa a la experiencia cotidiana de convivencia que sin lugar dudas la experiencia del parto modificó. Después de meses de reuniones semanales la tercera etapa se instala en un espacio de mayor confianza, ella

puede expresar temas que la conflictúan como la sexualidad o la rabia, la culpa y la autoexigencia constante de la cual se hace conciente, aparece el humor con más frecuencia y el vínculo es menos asimétrico, los diálogos son más distendidos y comenzamos a hacer recuentos acerca de lo vivido en terapia, Carolina también se refiere a lo que para ella significa el espacio terapéutico y está agradecida, lo expresa.

De este modo el tránsito por la experiencia de la psicoterapia psicodramática en este caso particular se facilita con el sostén teórico de los clusters, por un lado permite ir entendiendo el proceso y ubicarse dentro de él y por otro aporta a la mirada global de la paciente respecto a la incorporación de la matriz dentro de su configuración rólica.

La aproximación al estudio desde el psicodrama permitió un modelo comprensivo para una experiencia dentro de un contexto complejo. La fantasías respecto al embarazo y parto, el hijo soñado, con todos los cambios fisiológicos y físicos de un embarazo, que en situación normal se regularizan después del parto y del encuentro o reencuentro entre madre e hijo, en el caso de un parto prematuro se agravan. El correlato biológico no se adecua a la experiencia psicológica de la vivencia. El distanciamiento producto de las condiciones de inestabilidad del niño por un lado y por la recuperación más lenta de la madre sometida a una operación de urgencia dificultan la instalación del vínculo en principio. La convicción de Carolina de preservar a su hijo, de cuidarlo ante todo evento se relaciona con la matriz, de esta forma logra mantenerse cerca de su hijo y cuidarlo. En el proceso es posible notar pequeños movimientos. Aún cuando ciertamente el vínculo es suplementario Carolina encuentra formas para hacer distinciones entre las necesidades de Gabriel y las propias y de su familia. La muerte de Cristóbal genera un vacío que se sostiene en la fusión con el gemelo sobreviviente; Gabriel, ante esto es necesario entender que el

duelo es un tema evitado tanto para las familias como para el equipo de salud y también para la terapeuta. Todos confabulan para evitar la confrontación con la muerte y la pérdida. Carolina logra conectarse con la pena y de a poco separar a sus hijos viéndolos como seres distintos.

El vínculo terapéutico se facilita desde la mirada yo-tú, la visión constructivista del espacio permite una relación fluida y de confianza en la que la paciente a pesar de su estructura de personalidad compleja para la terapia, puede expresarse, manifestarse y redefinir y resignificar parte de su experiencia, abriendo espacios para un accionar más creativo y espontáneo en su vida. La reorganización sociométrica de Carolina es importante, desde el nacimiento de Gabriel y particularmente hasta los siete años de vida tendrá que estar permanentemente vinculada al hospital y en el caso de Gabriel, por las secuelas neurológicas aún poco claras, toda su vida necesitará el apoyo y controles médicos.

Cambian las prioridades, los espacios, los tiempos, los planes, la vida se reorganiza, la familia se reordena, los vínculos permanecen, se fortalecen, algunos se diluyen. Los roles se mantienen, se ensayan otros nuevos. La necesidad de la situación va estructurando las formas de vincularse y los roles y, en este caso con Carolina el psicodrama permitió una mirada novedosa, una posibilidad de espontaneidad.

10.- REFLEXIONES

Cuando concluyo este trabajo, mi sensación es de alivio por un lado y por otro de gratitud. Estas sensaciones tienen que ver primero con que lo finalizo, el describir y exponer el tema es interesante para mí, sin embargo me sentí exigida respecto a la sistematización. Recuerdo las conversaciones acerca del concepto de “adecuación” de Moreno y como algunos defendían la “espontaneidad” aludiendo a que eran conceptos incompatibles. La gratitud me queda, por la honestidad de Carolina y porque a pesar de mi resistencia a entregar un trabajo, aprendí. En la última revisión de este trabajo, Gloria me hace una observación en la que no había reparado y es que la gratitud que menciono tiene que ver con terminar o “dar a luz lo aprendido”, ella dice que un nacimiento también es un acto de gratitud, e incorporación desde lo materno. Sí, me parece que este proceso tan relacionado con la maternidad conlleva estos aspectos y es similar al embarazo; la gestación de las ideas y al parto; la conclusión con un producto. Quizá finalmente todos los procesos de aprendizaje y elaboración tengan que ver con lo materno internalizado.

En esta experiencia me surgieron muchas dudas, a veces cuando estaba con la paciente me sentía impotente, dudando de que si ese espacio le sería útil realmente, puesto que no fue fácil para mí acceder a su mundo interno, no se si logré, quizá al menos me aproximé. La temática de género está presente y desde allí y al escuchar a Carolina pensaba en las mujeres de mi familia, en mí misma, me sorprendía la entrega de Carolina su incondicionalidad. Entonces pensaba que debe haber muchas mujeres a las que su rol de mujer está asociado íntimamente al ser madre y esposa, o sea, buena madre y buena esposa, sin un proyecto personal propio, más allá de eso. Aquí siento que soy parcial porque ese, era su proyecto, lo es en sí, entonces me surge

el cuestionamiento. Recordé a mi mamá diciéndonos (a mis hermanos y a mí) que si ella tuviera que elegir viviría su misma vida, que a ella le gustaba estar en la casa y habernos criado así, siendo una dueña de casa. Yo la miraba sorprendida y sentí que lo que decía ¡era cierto!, genuino, y en silencio le agradecí porque recordé cuando nos preguntaron en la universidad que quienes teníamos a la mamá en la casa, que no trabajara, éramos muy pocos y entonces tuve la imagen de mi mamá abriendo la puerta cuando llegábamos de la escuela, preparando el desayuno, retándonos porque no nos levantábamos y llegar corriendo a cocinar porque se quedaba conversando con las vecinas. Mi vida es muy diferente, puesto que no soy ni madre ni esposa y hoy una mujer puede optar con más posibilidades, me pregunto si después podré decir lo que dijo mi madre respecto a su vida.

La prematurez es un tema complejo, las significaciones de las madres están muy asociadas a la culpa, en el caso descrito también sin embargo la visión religiosa de la paciente me dificultó indagar mejor, quizá fue una barrera auto impuesta. Yo no tengo por costumbre decir "gracias a Dios" ni nombrarlo permanentemente como Carolina entonces a veces ella me marcaba el ojalá por si Dios quiere. Me cuestioné esto, puesto que a muchas madres la fe las sostiene, hablan de la oración y de Dios como único conocedor de la suerte de sus hijos, veo la tranquilidad que les da y me alegra de que puedan sentirse menos solas.

Finalmente pienso en las elecciones de los roles y de cómo se estructuran, siento que independientemente de esto lo importante es poder optar y no ejecutar automáticamente de acuerdo a las necesidades de otros, esto referido a la historia de la abuela de Carolina, y en general y de acuerdo a la revisión de mis procesos personales, siempre es un desafío.

La espontaneidad y la creatividad son una posibilidad de libertad, esto me resuena.

Para lograrlo hay que estar concientes,

11.- BIBLIOGRAFIA

Agliati, M., Varas, V., y Bravo, M. (2004) “Diagnóstico y pronóstico a través de una intervención psicodramática en un caso de duelo.” Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología. Santiago de Chile-Universidad Diego Portales.

Bello, M. (1997). Introducción al pensamiento de J.L. Moreno. México: Editorial Colibrí.

Bustos, D. (1985). Nuevos Rumbos en Psicoterapia Psicodramática. La Plata, Argentina: Editorial Momento.

Bustos, D. (1990). Psicoterapia Psicodramática. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Bustos, D. (1991). Peligro Amor a la vista. Buenos Aires: Editorial Lugar.

Bustos, D. (1992) El psicodrama, Aplicaciones de la Técnica Psicodramática. Buenos Aires: Editorial Plus Ultra.

Bustos, D. (2001). Clusters [en red]. Disponible en: <http://www.cepsicodrama.cl/>

Helman, V., Villavella, M. (2000). Niños Prematuros. La clínica de lo perentorio. Buenos Aires. Lugar Editorial S.A.

Fava Vizziello, G., Zorzi, C., Bottos, M. (1993). Los Hijos de las Máquinas. Buenos Aires. Editorial Nueva Visión.

Giadalah, C., Quiñones, J. (2003). Duelo Familiar, Reestructuración de roles y vínculos posterior a la muerte de un hijo. Tesis para optar al grado de licenciado en psicología. Santiago de Chile-Universidad Diego Portales.

- Moreno, J.L. (1993). Psicodrama. Argentina: Editorial Lumen, Hormé.
- Moreno, J.L. (1995). El Psicodrama, Terapia de Acción y Principios de su Práctica. Buenos Aires: Editorial Lumen – Hormé.
- Pose, G. (2004). Ser padres prematuros. Buenos Aires. Ediciones del Candil.
- Reyes, G. (2000). Artículo Introdutorio de Psicodrama. Presentado para ingresar a la Sociedad Chilena de Psicología Clínica.
- Reyes, G. (2000). Teoría de Vínculos desde el Psicodrama. Revista del Instituto de Psicodrama J. L. Moreno, año 6. Buenos Aires.
- Reyes, G. (2005). Psicodrama Paradigma, teoría y Método. Santiago de Chile. Editorial Cuatro Vientos.
- Reyes, G. (2007). La práctica del psicodrama. Santiago de Chile. RIL Editores.
- Riviere, P. (1989). Teoría del vínculo. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- Ylalí, E. (2006). El psicoterapeuta en neonatología. Rol y estilo personal. Buenos Aires. Lugar Editorial S.A.

