

*... CUANDO EL CUERPO HABLA...*

**Trabajo Final de Postítulo de Especialización en Psicoterapia  
Psicodramática del Centro de Estudios Psicodrama Chile.**

**Tesina para optar a la Acreditación de Psicoterapeutas de la  
Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos 2007.**

*Autores:*

**Claudia Escudero Cerda  
Roberto Espinosa Collado**

*Profesor Guía:*

**Ada Pérez**

## INDICE

I.	INTRODUCCION	4
II.	FORMULACION EL PROBLEMA	6
III.	MARCO TEORICO	10
3.1	<b>Conceptos y definiciones</b>	10
3.1.1	Concepto de salud y enfermedad	10
3.1.2	Trastornos psicosomáticos y conversivos	11
3.2	<b>El cuerpo y sus defensas</b>	13
3.2.1	Mecanismos reparatorios del Yo	13
3.2.2	Psicopatología vincular	15
3.3	<b>Técnicas psicodramáticas</b>	18
3.3.1	Técnicas diagnósticas y terapéuticas	18
3.3.2	Técnicas no verbales	20
IV.	PRESENTACION DEL CASO	21
4.1	<b>Identificación de la paciente</b>	21
4.2	<b>Motivo de consulta actual</b>	21
4.3	<b>Diagnóstico</b>	21
4.3.1	Recursos internos	21
4.3.2	Conflictos más relevantes	22
4.3.3	Satatus nascendi, locus, matriz	23
4.3.4	Atomo social	24
4.4	<b>Plan terapéutico</b>	25

V.	EVOLUCION PSICOTERAPEUTICA	25
5.1	<b>Encuadre</b>	25
5.2	<b>Objetivos</b>	26
5.3	<b>Descripción de las sesiones</b>	26
5.3.1	Primera	26
5.3.2	Segunda	27
5.3.3	Tercera	27
5.3.4	Cuarta	27
5.3.5	Quinta	29
5.3.6	Sexta	32
5.3.7	Séptima	36
5.3.8	Octava	37
5.3.9	Novena	38
5.3.10	Décima	42
5.3.11	Undécima	46
5.3.12	Epílogo	48
5.3.13	Duodécima	49
VI.	CONCLUSIONES	56
VII.	BIBLIOGRAFIA	62
VIII.	ANEXOS	63

## **I. INTRODUCCION**

En los últimos tiempos la mirada a las enfermedades que afectan a nuestra población ha cambiado, dando especial énfasis a aquellas enfermedades en las que los estilos de vida cobran vital importancia. Si miramos con mayor detalle, variados motivos de consulta, relacionados con la salud, se encuentran grandemente influidos y relacionados con la salud mental.

El tiempo que dedicamos a descansar, la forma en que manejamos nuestros conflictos, cómo distribuimos nuestras tareas durante el día, la forma en que vivenciamos nuestros afectos, etc. son algunos de los factores que afectan nuestra calidad de vida y por ende nuestra salud. Es bastante común en atención primaria, la consulta reiterada por colon irritable, y al profundizar su motivo de consulta nos encontramos con alguien que se encuentra cansado, estresado por el trabajo, o bien “nervioso” por alguna problemática no resuelta. Desde esta perspectiva, la salud mental cobra cada día mayor valor a la hora de abordar las enfermedades que son regulares en nuestros centros asistenciales y que no tienen solución exclusivamente médica.

No es poco habitual que la respuesta para nuestros consultantes sea “Ud. no tiene nada”, lo que obliga posteriormente a aquel que padece una dolencia sin “causa física aparente” a consultar con profesionales de salud mental, ya que pareciera que la respuesta se encuentra ahí, en su salud mental, o en su calidad de vida o en el tiempo que dedica a sí mismo o en la manera en que resuelve sus problemas o en la forma que vive sus afectos, no importa cuál, pero que sin duda repercuten en su salud física, y cómo no, si en estricto rigor, cuerpo y mente nunca han estado separados.

Desde este sitio es que nominamos una de las críticas al modelo biomédico imperante en la Atención Primaria, en el que se confunde el “Ud. no tiene nada”, con “No

sabemos lo que a Ud. le ocurre” (Dalmiro Bustos, en Psicoterapia Psicodramática, capítulo 3), dado que no aporta con la solución a los problemas de salud del hombre de hoy. El desafío está puesto en la integración, en una mirada holística del ser humano, en una manera de intervenir que permita integrar al ser humano en todas sus áreas y ámbitos, así contribuir también, al cambio paradigmático en salud, en la que se pretende abordar al hombre desde una perspectiva bio-psico-social.

La mirada psicodramática, es un aporte en sí misma para el abordaje de estos problemas de salud, en que cuerpo-mente-afecto se entrelazan, manifestándose en un síntoma físico (colon irritable, alergias, polisintomatologías), donde *el cuerpo habla* acerca de los afectos enquistados en alguna zona de aquel que no han logrado salir a través de la palabra (Gloria Reyes, Psicodrama Teoría y Técnica, capítulo 2).

## II. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Entendemos la salud como un estado de armonía, y la enfermedad, como la pérdida de armonía o equilibrio. Esta pérdida de equilibrio se manifiesta en el cuerpo como un síntoma. El síntoma nos informa de que algo falla, o bien, que algo falta: la salud.

Cuando en el cuerpo de una persona se manifiesta un síntoma, se interrumpe su vida diaria. El síntoma es una señal, que llama nuestra atención, que interrumpe la cotidianidad generando una molestia. En este minuto es que el cuidado es puesto en la eliminación de la molestia. Así: la lucha contra el síntoma exige atención, por tanto consigue que estemos pendientes de él (Dethlefsen, Dahlke, La enfermedad como camino, 2006).

El síntoma puede ayudarnos a decir qué es lo que nos hace falta, no obstante este camino no es fácil, implica un proceso de re-aprendizaje que nos invite a releer las señales del cuerpo para comprender aquello que le falta.

Este lenguaje es psicosomático, es decir sabe de la relación entre el cuerpo y la mente. Si se consigue re descubrir esta dualidad de lenguaje, creemos se podrá entender aquello que los síntomas nos dicen.

En el presente estudio, partimos de la premisa, que el ser humano es un ente integral, para considerar que una interpretación de su realidad es la mejor posible, debe proporcionar al sujeto una visión de totalidad.

El cuerpo es una totalidad funcional, que comunica, que es emisor y receptor de emociones, deseos, dolor y placer. El cuerpo también habla a través de gestos, posturas, estructuras musculares, etc. Si las emociones que el cuerpo trata de expresar han sido bloqueadas o reprimidas, si las expresiones básicas del sí mismo, no se vivieron plenamente, se rompe la integración y por tanto su armonía (María Elena Sánchez, El Yo y El Nosotros).

“Una expresión emocional retenida, en forma crónica deja huellas que van conformando la historia del sujeto, la cual a su vez, se inscribe en el cuerpo” (María Elena Sánchez, *El Yo y El Nosotros*, página 162).

El trabajo corporal nos ayuda a colocar la mirada sobre aspectos escondidos de la historia de la persona, nos invita a explorar en la memoria corporal del individuo, dado que en ella se ha conformado la imagen corporal en donde confluyen, no sólo el cuerpo anatómico, sino también la totalidad de los procesos psicocorporales.

Buchbinder, en su libro “*Poética del Enmascaramiento*”, nos habla de la verdad del cuerpo, como un lugar de entramado del esquema corporal y la imagen inconciente del cuerpo, su gracia se encuentra precisamente en que en él se hace presencia la carne y el espíritu.

El cuerpo se encuentra involucrado en distintas problemáticas psíquicas, por ejemplo, en los trastornos de la personalidad, en los que el cuerpo denuncia, enuncia o bien representa lo que las palabras dicen a medias (Buchbinder, *Las máscaras de las Máscaras*).

Lo corporal llega a la consulta, a veces en forma directa, o a veces como un personaje tácito, así por ejemplo, la angustia es descrita como ansiedad sumada a un componente corporal.

El mismo autor plantea que, en algunas circunstancias, el cuerpo es explícitamente centro de la escena, tal como se pueden describir en las siguientes frases: “mi cuerpo es débil”, “me avergüenzo de mi cuerpo”, “no puedo mirarme al espejo”, “como sin parar”, “no puedo comer”, “tengo úlcera nerviosa”, “los médicos dicen que no tengo nada pero a mi me duele”, “siento mi cuerpo encerrado en una coraza”, “tengo fuertes contracturas”, etc.

En la línea que acabamos de describir, nos interesa entonces explorar con Psicodrama en aquellas personas que tienen tendencia a somatizar. Pretendemos individualizar el presente trabajo en un caso clínico único, con el objetivo de revisar cómo

se presentan las configuraciones vinculares que establece o ha ido estableciendo la persona a lo largo de su historia de vida y cómo éstas se pueden configurar en síntomas físicos. Nos interesa por tanto explorar la fantasmática corporal, las heridas e historial inconscientes y bloqueados del cuerpo (Gloria Reyes; Psicodrama, Teoría y Técnica, pág. 157).

El trabajo corporal, focaliza en un punto marcado con luz propia, recorriendo zonas dormidas o escondidas, que han jugado un papel importante en la vida de la persona, y que han sido el lugar de estas heridas bloqueadas en su historia.

La modalidad de trabajo con psicodrama, incorpora la tríada mente-cuerpo-afecto, contribuye a recuperar y reconstruir experiencias básicas, cuyo significado es necesario comprender para poder intervenir acorde a las necesidades del sujeto.

En este sentido nos interesa observar los procesos de espontaneidad y creatividad en el sujeto somático, cómo ha ido desarrollando las funciones yoicas de adecuación / transferencia en su regulación del mundo interno y externo y observar por otra parte la sanidad o patología de la complementariedad vincular que establece la persona.

La toma de conciencia acerca del significado del cuerpo, como totalidad funcional, adquiere vital importancia para recuperar la espontaneidad, dado que a través de ir soltando el cuerpo y su vitalidad, los movimientos se hacen más fluidos, libres y armónicos, de tal forma que ayudan a que el sujeto explore respuestas creativas y con soluciones mayormente adaptativas.

El Psicodrama en este sentido puede aportar una mirada diferente en la configuración y adquisición de la patología somática, entregando la posibilidad de que el sujeto se pueda liberar de las matrices y modalidades vinculares primigenias, centrándose también en los recursos y potencialidades del sujeto y no sólo en lo patológico.

Podemos resumir lo anteriormente expuesto en los siguientes objetivos:

## **Objetivo General**

- Explorar la matriz, en un sujeto que somatiza sus síntomas, a través de técnicas psicodramáticas.

## **Objetivos específicos**

- Explorar la evolución del síntoma físico, y su eventual desaparición, a través de la aplicación de técnicas psicodramáticas.
- Explorar la conexión existente entre la matriz y el síntoma físico.
- Explorar la vivencia de la persona posterior a la intervención psicodramática.

### **III. MARCO TEORICO**

En el presente Marco Teórico se pretende describir y relacionar de alguna manera la enfermedad somática con la salud mental. Se comenzará con definiciones formales de la Salud y de la enfermedad, entendiendo a la segunda como una pérdida de la primera, para pasar posteriormente a una revisión teórica que permita mirar a la enfermedad como una expresión de síntomas emocionales, es decir, mirar la dolencia psicósomática, en donde el cuerpo habla del sufrimiento, del dolor, de la matriz, que se ha generado en un locus previo, conformándose como defensa, y teniendo un sentido a lo largo de la vida. Finalmente se revisarán las técnicas que serán empleadas en la exploración y tratamiento psicodramático.

#### **3.1 Conceptos y definiciones**

##### **3.1.1 Concepto de Salud y Enfermedad**

Sabemos que el concepto de salud y sus definiciones van mucho más allá de la ausencia de enfermedad y que hoy la atención de la salud es considerada como uno de los derechos humanos. Ya en 1947 la OMS definió salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, definición que por ser excesivamente amplia ha sido criticada y prácticamente dejada de lado. Hoy se acepta definir salud como un estado o experiencia de bienestar e integridad del cuerpo y la mente. Otra definición describe salud como la ausencia de trastornos de consideración y la capacidad de una persona para perseguir sus metas vitales y desenvolverse en contextos sociales y laborales habituales. El concepto es amplio y contiene, además de la enfermedad y su prevención, complejos aspectos que incluyen funcionalidad, calidad de vida, inserción social y logro de proyectos vitales personales.

Para considerar saludable a una persona, tomaremos en cuenta simultáneamente elementos objetivos (constatables por el observador) y subjetivos (transmitidos por el propio individuo). Estos últimos, incluyen una sensación de bienestar, seguridad y

capacidad para el desempeño de la actividad vital con relativa independencia. Sin embargo, todas estas sensaciones, son inaccesibles a nuestro conocimiento directo. Por eso la salud y la enfermedad, son hasta cierto punto simulables. En principio, sabemos que es más posible que el individuo esté sano cuando se siente sano, reconociendo que igualmente podría tener lesiones o disfunciones asintomáticas, o un psiquismo alterado sin manifestaciones evidentes. Por eso recurrimos además a informaciones objetivas, que pueden ser indicadoras del estado de salud. Por el examen obtenemos datos sobre los aspectos morfológicos, funcionales, de rendimiento vital y de conducta.

Podríamos definir la enfermedad humana como el conjunto de modificaciones psicorgánicas que siguen a la acción de una causa agresora (o noxa), que altera el equilibrio de salud del individuo.

La enfermedad humana tiene repercusión social, porque cambia las relaciones establecidas: produce ausentismo laboral, determina la búsqueda de ayuda para curarse y la cooperación entre diferentes grupos de personas para combatirla. Es decir que despierta reacciones y cambios sociales marcados, que no existen generalmente en otros animales.

### 3.1.2 Trastornos psicósomáticos y conversivos

Los fenómenos psicósomáticos aparecen en casi todas las personas en algún momento de su vida, incluidos en nuestros pacientes y en nosotros mismos. Parece interesante distinguir entre las reacciones corporales que dan cuenta de la unidad de nuestro self psíquico y físico, pues como humanos somos esencialmente psicósomáticos, de aquellas que más bien hacen evidente una fractura en esta unidad: las enfermedades psicósomáticas. A estas últimas se tratará de sistematizarlas teóricamente, y a través de un caso clínico, se mostrará cómo se ha trabajado el tema terapéuticamente.

Las manifestaciones de los trastornos psicósomáticos son muy variadas y se dan en personas con distintos tipos de personalidad, lo que hace aún más difícil entender cuál es el origen de ellos y muestra el enigma de la relación mente – cuerpo, es decir, cómo la influencia de la dimensión psíquica en la somática y viceversa puede ser evidente pero a la vez misteriosa. Al mismo tiempo, la variedad y frecuencia de estos síntomas da cuenta de la tendencia a disociar el psicósoma, manteniendo la ilusión de un cuerpo real sin conexión con la realidad psíquica (Fontanot, 1998; Boschan, 1999).

Los síntomas psicósomáticos, a diferencia de los conversivos, son trastornos orgánicos donde existe una disfunción y/o daño fisiológico verificable y son, en general, una reacción del sistema nervioso neurovegetativo. Al respecto, la literatura señala que para el paciente no tienen significado simbólico, lo que implica que no es posible dilucidar en ellos un conflicto inconsciente que se exprese en el síntoma, es decir, no siguen leyes psíquicas, sólo las somáticas. A pesar de esta carencia de significado simbólico, su manifestación se da muy relacionada a la historia del paciente, su estructura de personalidad y a las situaciones de estrés (aunque sin conciencia del paciente), diferenciándose en este aspecto de otras enfermedades orgánicas. Esto quiere decir que la persona o paciente es quien no ve la realidad simbólica. Otro rasgo importante es que con la enfermedad no hay ganancia secundaria, lo que revela la desconexión del paciente con su cuerpo y las emociones ligadas a él (McDougall, 1978; Liberman y otros, 1993; Otero y Rodado, 2004).

En cambio, los síntomas físicos de la histeria o conversivos, como lo planteó Freud en los inicios del psicoanálisis, tienen significado simbólico, pues son una representación de un conflicto inconsciente entre una defensa del yo y una satisfacción pulsional e implican el uso del mecanismo de la represión. Son perturbaciones momentáneas en partes del cuerpo dirigidas por el sistema nervioso central, no hay un daño orgánico y conllevan beneficios secundarios, ya que los pacientes logran que los demás actúen en forma preocupada hacia ellos por sus síntomas.

Esta definición sólo nos permite delimitar en forma imprecisa las enfermedades que son psicósomáticas de las que no lo son, sin embargo, en general se considera que algunas patologías de distintos grados de gravedad y compromiso vital, son típicamente psicósomáticas, como por ejemplo, múltiples afecciones a la piel, el asma bronquial, la úlcera péptica, la colitis ulcerosa, la artritis reumatoidea, la hipertensión arterial, algunas alergias, el colon irritable, incluso ciertas enfermedades coronarias y el ser proclive a las patologías infecciosas, entre otras.

### **3.2 El cuerpo y sus defensas**

Cuando el cuerpo habla, significa, encontrarnos con un cuerpo que ha sido depositario de historias, dolores y por tanto también defensas, que le han permitido a la persona funcionar, a pesar de los síntomas que le aquejan. A continuación, se presentan dos teorías, que explican la forma en que estos mecanismos operan, en un locus determinado, dando por resultado una respuesta de angustia (matriz), la que queda retenida en el cuerpo y se inscribe en él, como un síntoma, como una huella.

#### **3.2.1 Mecanismos reparatorios del Yo**

Las personas existimos en una multiplicidad de necesidades y exigencias, que nos obligan a realizar distintas acomodaciones para poder conjugar de una manera adaptativa los requerimientos de nuestra realidad física, corporal, y por otro lado de nuestra realidad social y cultural. En medio de estas realidades se encuentra el Yo, estructura de nuestro aparato psíquico, encargado de mediar las exigencias y necesidades de ambas esferas: la social y la corporal. El Yo es el que nos permite conformar defensas o mecanismos de reparación, generando un sistema de señales para identificar los estímulos y también las respuestas para dichos estímulos.

Rojas Bermudez, plantea que el Yo se conforma a partir del Núcleo del Yo, el que a su vez surge del sí mismo fisiológico, el cual se define como la primera sensación de

existencia del ser humano, por tanto es una manifestación espontánea, ligada a sensaciones corporales y estímulos interoceptivos. El mismo autor plantea la existencia de roles asociados a las funciones fisiológicas indispensables del ser humano: la ingestión, la defecación y la micción. Por otro lado, nuestra psiquis, recibe información de tres ámbitos distintos, la mente, el cuerpo y el ambiente. Desde esta teoría entonces, es el Núcleo del Yo quien sistematiza la información de estas tres áreas y de estos tres roles fisiológicos, para entregarlos al Yo.

El Yo, con toda esta información, se encarga de encontrar las respuestas más competentes frente a una situación determinada; así, un Yo pobre recurrirá siempre a los mismos elementos, mientras que un Yo rico será capaz de incorporar nuevos mecanismos para reparar alguna confusión entre las áreas (mente, cuerpo, ambiente), o bien cuando un rol sicosomático se encuentra carenciado.

A modo de ejemplo, una persona puede tener un rol psicossomático tendiente a la ingestión. Su Núcleo del Yo tenderá entonces a prestar más atención al ámbito del cuerpo. Con esto, su Yo será más pobre y recurrirá a mecanismos estereotipados como respuestas a las demandas del medio ambiente.

Se considera importante mencionar estos aspectos, dado que el cuerpo y sus sensaciones están ya antes del momento de nacer, el cuerpo es con lo que contamos, y a través del cual nos relacionamos con el mundo que nos espera. Es a partir del cuerpo desde donde se conforman las relaciones vinculares. Es en el cuerpo donde se siente y en donde se comienza a inscribir nuestra historia. Es desde ahí también desde donde se comienzan a configurar nuestras defensas. Desde esta mirada, las defensas surgen desde el Yo, el cual a su vez, tiene las bases estructurales en roles psicossomáticos, por tanto el cuerpo es el origen y a su vez el depositario de nuestras defensas psíquicas.

De acuerdo a esta teoría, los síndromes conversivos, se encuentran relacionados con el rol ingeridor, en donde el foco de estimulación es el cuerpo. El rol ingeridor se encuentra poroso (carenciado), por tanto el Yo presta una especial atención a lo intelectual (la mente), desvalorizando la información procedente del cuerpo y del ambiente, conformándose así un síndrome conversivo. El Yo, configura sus mecanismos reparatorios (defensas), depositándolos en el cuerpo, lo que conforma y caracteriza los síndromes conversivos.

### 3.2.2 La psicopatología vincular

Otra manera de comprender esta estrecha relación entre mente cuerpo, es la psicopatología vincular de Kesselman, quien plantea un cuadro nosográfico, en donde relaciona las estructuras de personalidad (confusional, esquizofrénico y melancólico) y algunos cuadros clínicos. Se trata de un análisis relacionado con el vínculo, dado que esta nosografía está asentada básicamente en los fenómenos observados, signos y síntomas, que se explican por un tipo de relación objetal primaria (Kesselman en Psicopatología vincular).

A continuación se hará una breve descripción de la teoría, para finalmente analizar los núcleos de personalidad melancólicos, que dan origen a los cuadros clínicos relacionados con las somatizaciones.

Para Pichon-Rivière (en Kesselman, Psicopatología vincular), todo ser humano dispone de un núcleo central en su personalidad y que proviene del duelo central no elaborado. Se sostiene además, la existencia de un núcleo central de la personalidad en el que, si bien se encuentran presentes las relaciones de objeto desde el mismo comienzo de la vida, el sujeto es incapaz de discriminar o diferenciar la calidad de los objetos de su relación, es decir, no se diferencian los objetos externos de los internos, el yo del no yo, los objetos “buenos” o “malos”. En el núcleo más regresivo de la personalidad, se encuentra el

núcleo confusional, en el que no se logra diferenciar la relación con los objetos. La discriminación de los objetos en dos grupos: buenos y malos, es un primer paso para lograr una forma de reestructuración de la conciencia y, por tanto, de la personalidad. Así, aparecen dos núcleos más: uno, con los objetos buenos, predominantemente en el exterior del yo, núcleo esquizofrénico, y otro, con los objetos malos predominantemente en el interior, que es el núcleo melancólico. En el estadio esquizofrénico, los objetos no son ni buenos, ni malos, sino ideal y omnipotentemente buenos y malos, es decir, sobrevalorados por el sujeto que así los percibe, es por ello que se les llama núcleos psicóticos.

En el núcleo melancólico, al contrario del esquizofrénico, el sujeto se vuelve aparentemente dócil a su mundo exterior (donde residen los objetos idealmente buenos) y, en cambio, tiende a desconfiar sistemáticamente de todo lo que viene de su interior, ya sean síntomas, sensaciones, ideas, etc. El melancólico desconfía así de su interior porque allí es donde percibe predominantemente a los objetos idealmente malos. Y es por ello que la tristeza, la sensación de vacío vital, los auto reproches y los sentimientos de desvalorización, el descenso de la propia estima, están en primera línea sintomatológicas. El melancólico suele sentirse culpable de lo malo que le pasa, se reprocha sus malas conductas y se desvaloriza a sí mismo.

Desde esta teoría, un criterio de curación en el que podemos asentarnos, es la posibilidad de que un paciente sea capaz a lo largo de su terapia, de movilizar sus núcleos de dominio. Así, el momento de comenzar a “sacar” la agresividad hacia fuera puede indicar el comienzo de curación de un melancólico. Dentro de las defensas que se levantan contra las ansiedades que provoca este núcleo son la conducta obsesiva y la hipocondríaca. La segunda, motivo de estudio de la presente revisión, surge cuando las ideas acerca del malestar del propio yo están centradas en las propias vísceras, en el propio cuerpo. El hipocondríaco desconfía de su cuerpo, y colecciona recetas médicas, operaciones, con tal de controlar lo malo que tiene dentro y que saldrá irremediabilmente por su cuerpo. Otra defensa de este núcleo, es la histeria de conversión, en donde el cuerpo es usado como sitio de residencia del objeto malo y puede ser castigado, atacado o paralizado por el propio sujeto.

Los síntomas son llamados de atención vincular sobre y hacia el medio ambiente en una clara actitud de búsqueda de estima. Esto es natural, porque en lo profundo, la histeria de conversión es una defensa contra la melancolía que se caracteriza por un descenso en la autoestima del sujeto. Por una parte busca reconocimiento fuera de sí (ya que se odia a sí mismo) y por otra parte busca ser castigado (ya que por su melancolía se siente culpable), aunque se muestre sorprendido por ser atacado. Las conductas histéricas se defienden contra el objeto malo colocado en el cuerpo, a través del “maquillaje”, paralizándolo en una conversión muscular y castigándolo a través de las reacciones agresivas que provoca su seducción en el medio que lo rodea.

Así, una persona centrada en la queja somática no podrá ver el mundo más que con esa óptica. Toda su vida estará mirando sus dolencias y afecciones, desconfiando profundamente de su cuerpo, que es depositario de lo malo. Consultar con distintos profesionales no sería más que una expresión vincular de su necesidad de contacto y aprobación del otro y una defensa que le permite estar alejada de su odio a sí misma y por lo tanto del intento de suicidio.

Hasta acá se ha realizado una descripción de dos teorías, que de alguna forma explican la estrecha relación existente entre cuerpo y mente, en donde es imposible dividir las al momento de comprender la enfermedad de un sujeto y el sufrimiento que experimenta al vivenciar su dolor; los mecanismos reparatorios del yo, explican la forma en la que el sí mismo deposita en el cuerpo sus síntomas como una defensa, configurando los síndromes conversivos, por otro lado la psicopatología vincular explica la manera en que el melancólico desconfía de su cuerpo, en donde ha depositado los objetos idealmente malos, internalizados desde los vínculos primarios, generando la hipocondría y la histeria conversiva. En ambos casos, *es el cuerpo el que habla*, es el que expresa el dolor de vínculos primarios, es el que se conforma como defensa a través de los síntomas.

### **3.3 Técnicas psicodramáticas**

Para el presente trabajo, se utilizarán técnicas relacionadas con la toma de conciencia del cuerpo y de los significados de éste, en relación a los síntomas que la persona presente. El síntoma será el vehículo para llegar a una escena original.

A través de las técnicas no verbales psicodramáticas (concretizaciones, articulación cenestésica, entre otras) se intentará encontrar el punto de partida, por donde la verdad se pueda filtrar. Las resistencias o bloqueos que la persona presenta, nunca son totales, se expresan a través de un signo expresivo, como un gesto, un movimiento, cualquier aspecto de la comunicación, o como en este caso un síntoma, por donde se puede acceder a lo verdadero (Gloria Reyes, 2006).

A continuación se describen algunas de las técnicas con las que se espera trabajar psicodramáticamente con la paciente.

#### **3.3.1 Técnicas diagnósticas**

##### **Mapa fantasmático individual:**

Es un método desarrollado por Elina Matoso y Mario Buchbinder. Esta técnica es de mucha utilidad en los pacientes con tendencia a somatizar (Gloria Reyes, 2006).

Consiste en una hoja de papel, en donde se encuentra dibujado el perfil humano. Al igual que en otros métodos psicodramáticos, se realiza primero un caldeamiento corporal, a partir del cual la persona se conecta con sus sensaciones cenestésicas y kinestésicas corporales, emociones, historias, fortalezas, cargas y heridas del cuerpo, para luego pintarlas espontáneamente sobre este perfil (Gloria Reyes, 2006).

La idea es que realice esta pintura lo más laxa y primariamente posible, que la exprese y luego la vaya revisando y significando: qué es lo que siente en relación a lo que pintó. El terapeuta va interrogando o haciendo algunos señalamientos. Emerge de esta forma lo que los autores denominan la fantasmática corporal, las heridas e historial inconcientes bloqueados del cuerpo (Gloria Reyes, 2006).

**Entrevista biopatográfica:**

Es una técnica descrita por Rojas Bermudez (1987). Es un método muy interesante de practicar con pacientes con tendencia a somatizar los conflictos psicológicos, como una forma de descubrir la matriz y la modalidad vincular que puede estar detrás de estas somatizaciones (Gloria Reyes 2006).

Consiste en realizar un paralelo, que puede ser representado gráficamente en dos columnas, entre los hitos biográficos y las enfermedades relevantes que el paciente ha presentado a lo largo de su vida.

Se inicia caldeando al paciente en su historia de vida y que se contacte con los hitos relevantes de su proceso biopatográfico; en este caso puntual, se ha intensificado el contactarse con los eventos patográficos, para luego graficar en una línea estos eventos y finalmente trabajar con cada uno de ellos a modo de micro escenas.

**Biodrama:**

Es un método diagnóstico, que consiste en llevar la línea de la vida a un espacio escénico. También se puede acotar a la gestación de un conflicto específico (Gloria Reyes 2006). En el presente trabajo esta técnica será utilizada para evaluar la evolución del síntoma a lo largo de la vida del paciente.

Se trata de un viaje interno, tal como la persona lo ha vivido, representándolo con su cuerpo. Y acompañado por el Director. De acuerdo a Gloria Reyes (2006), se pueden utilizar técnicas no verbales y verbales, dependiendo de cada caso, cada cierto tiempo se puede sacar al sujeto del espacio escénico para que pueda mirar las matrices que se reiteran, también puede ser un espacio para la co construcción del diagnóstico y de los puntos de conflicto con los que la persona desea trabajar.

### 3.3.2 Técnicas no verbales

#### **Concretización:**

Es una técnica psicodramática no verbal. Puede ser el punto de partida de una dramatización, cuando se trata de molestias físicas o ansiedad difusa.

Permite materializar el vínculo conflictivo colocando la atención en el aspecto a través del cual éste se expresa, investigando sus raíces de la misma manera con que se procede con un síntoma.

#### **Articulación cenestésica:**

A través de ella, se puede llegar a una escena original, en la que la persona haya sentido esto por primera vez, de acuerdo a lo que el paciente pueda recordar. Así, de esta manera, un movimiento, una imagen, un dolor o molestia física, pueden ser el vehículo que nos lleve a una escena nuclear.

## **IV. PRESENTACION DEL CASO**

### **4.1 Identificación de la paciente**

Adriana, 70 años, soltera. Tiene dos hijos, un hombre de 47 y una mujer de 36 años. Vive con su hijo mayor. Cursó hasta 5° básico. Realiza labores de costura, además recibe jubilación. No tiene pareja.

Realiza actividades sociales en 2 clubes de la comuna de residencia (adulto mayor y diabéticos).

Consulta por primera vez por Salud Mental en el Consultorio en Marzo del 2000, con diagnóstico de depresión leve. Paciente policonsultante y polisintomática. Su tratamiento ha sido regular, con recaídas desde su primera consulta a la fecha.

### **4.2 Motivo de consulta actual**

Adriana retoma tratamiento en Marzo del 2007. En Junio del 2006 fue operada de un tumor pancreático. Al poco tiempo de estar operada Adriana no puede alimentarse bien, no logra recibir alimentos, sufre de dolores estomacales recurrentes, a pesar de estar bien desde el punto de vista médico, en cuanto a la recuperación de su intervención quirúrgica.

### **4.3 Diagnóstico**

#### **4.3.1 Recursos internos de la paciente**

La paciente se muestra colaboradora en su proceso terapéutico, mantiene una relación de dependencia con el terapeuta. Asiste regularmente.

Se evidencia en la paciente una buena capacidad para enfrentar las dificultades de la vida (resiliente). En su proceso terapéutico, se puede observar cómo la paciente va incorporando los elementos que se le muestran, integrando de mejor modo su vida.

Se evidencia gran tendencia a la somatización y sus defensas son del tipo hipocondríaco y conversivas.

En sus roles sociales no se evidencia rigidez, hay adecuada participación social. Sin embargo en sus roles más íntimos existe conflictos relevantes, especialmente con la hija mayor, de acuerdo a lo que se podrá evidenciar en el desarrollo de la casuística.

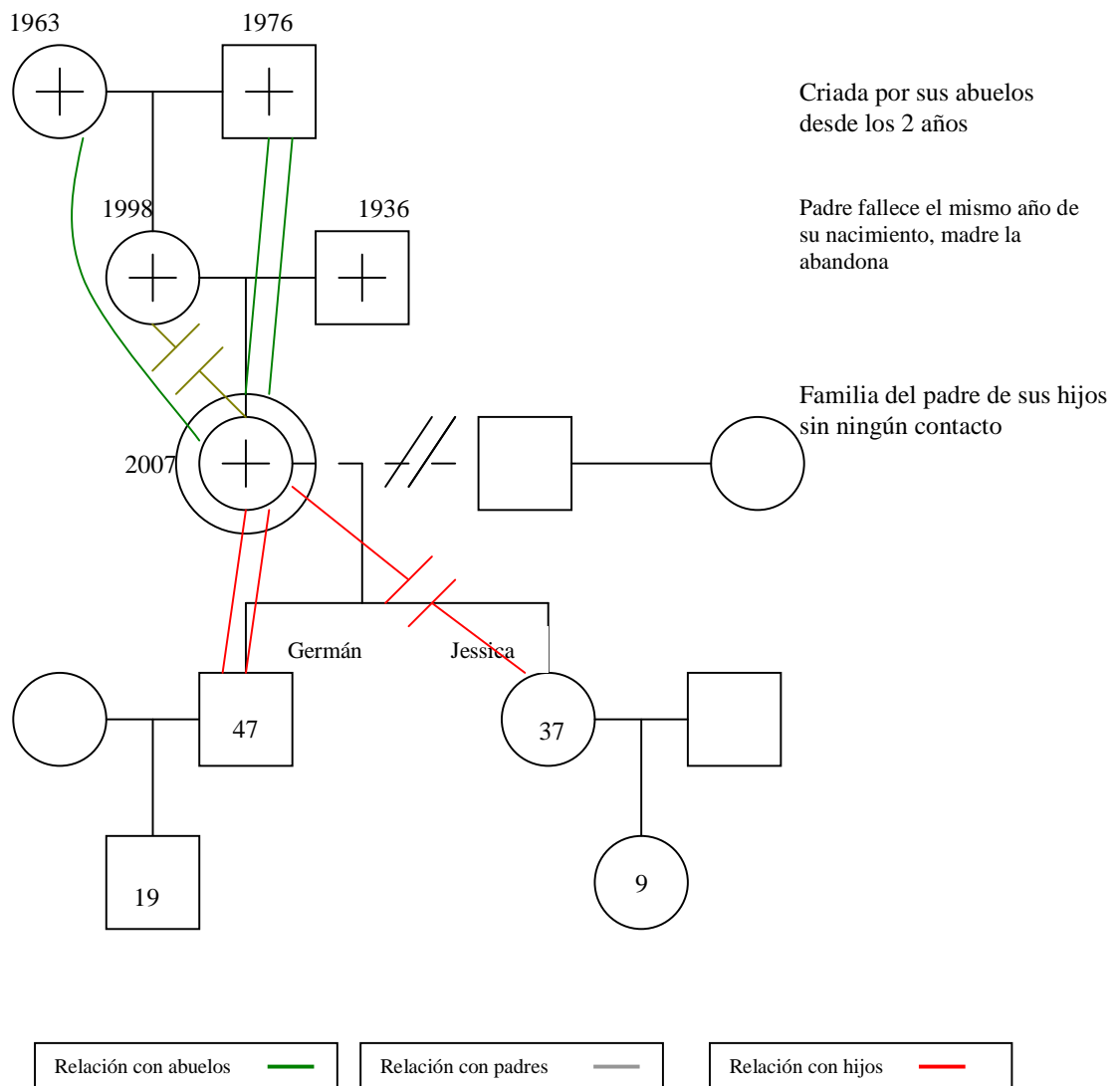
#### 4.3.2 Conflictos más relevantes

- Adriana presenta dificultad para abstraerse de los síntomas.
- Sus vínculos más cercanos se encuentran empobrecidos afectivamente.
- Según Kesselman, adoptaría una estructura básica del tipo Melancólico y una Superestructura ligada a dos áreas: ideas y representaciones mentales y comprensión y expresión corporal de la conducta. Esto la llevaría a presentar defensas del tipo hipocondríaco y del tipo de histeria de conversión.
- **La hipocondría:** cuando las ideas acerca del malestar del propio yo están centradas en las propias vísceras. Vive coleccionando intervenciones quirúrgicas, recetas, píldoras, médicos. Aquí suelen tener éxito los antidepresivos.
- **La histeria de conversión:** los síntomas son llamados de atención vincular sobre y hacia el medio ambiente en una clara actitud de búsqueda de estima.
- Según Rojas Bermúdez los síndromes conversivos se encuentran relacionados con el rol ingeridor, en donde el foco de estimulación es el cuerpo. El rol ingeridor se encuentra poroso (carenciado), por tanto el Yo presta una especial atención a lo intelectual (la mente), desvalorizando la información procedente del cuerpo y del ambiente, conformándose así un síndrome conversivo. El Yo, configura sus mecanismos reparatorios (defensas), depositándolos en el cuerpo, lo que conforma y caracteriza los síndromes conversivos.

### 4.3.3 Status nascendi, locus, matriz

#### **Status nascendi**

Adriana nace en 1936, en Los Andes, hija única, su padre fallece 3 meses después de su nacimiento en un trágico accidente, su madre se siente incapaz de hacerse cargo sola y decide dejar a su hija en casa de sus abuelos, a la edad de 2 años deja de ver a su madre.



## **Locus**

A través de una articulación cenestésica la paciente se conecta con una escena vivida a los 36 años, cuando esperaba a su hija menor, estando con 4 a 5 meses de embarazo. Allí, en una pieza de la casa con la que vivía con su abuelo, se entera que el padre de sus hijos va a casarse con otra mujer. Vive, por así decirlo, un doble duelo, en el que re edita el abandono y ruptura del vínculo afectivo con él y además se entera del matrimonio. Decide eliminarse junto a su hija de vientre, ya que espera que su hijo mayor sea cuidado por su bisabuelo y que con el tiempo él la entendería. Se dirige a la pieza contigua a la suya y saca un revólver de un cajón en el que su abuelo guardaba esa arma. Afortunadamente su abuelo advierte esta situación (se encontraba en el lugar) y logra detenerla y sacarla del acto impulsivo, volviéndola a su juicio.

## **Matriz**

En la escena arriba descrita aparecen las respuestas que su aparato psíquico eligió realizar: toma la determinación de suicidarse. Se dice frases como “esto no es vida”, “así no se puede vivir”, “ya no más, no aguanto más”, frente a la angustia que le sobrepasa e inunda en ese momento. Curiosamente estas mismas frases son las que se sigue repitiendo en la actualidad. La paciente frente a las dolencias post operatorias de la cirugía de páncreas, se dice las mismas frases.

### 4.3.4 Átomo social

Constituido principalmente por su hijo, nuera y nieto. También se encuentra su hija, yerno y nieta, un tanto más lejanos que los primeros. Adriana cuenta con una red de apoyo social constituida por Club de diabéticos y club de adulto mayor, los que son de gran ayuda para su integración socio comunitaria. Es importante destacar que Adriana realiza labores de costura por lo que mantiene comunicación permanente con sus vecinos cercanos.

#### **4.4 Plan terapéutico**

- Indagar sobre la historia de vida, utilizando la entrevista exploratoria aprovechando la instalación del vínculo terapéutico (es una paciente de larga data en consulta).
- Explorar acerca del diagnóstico desde una perspectiva psicodramática. Explorar el locus y la matriz con la paciente.
- Trabajar con átomo social individual para ver sus configuraciones vinculares y los roles.
- Trabajar con mapa fantasmático corporal.
- Trabajar con escena y desde allí con inversión de roles, de tal manera que la paciente logre diferenciarse y verse desde afuera, para luego hacer la integración de lo que observa. Que logre ver su estilo de respuestas y entonces pueda ensayar pautas nuevas o diferentes a las ya conocidas por ella.
- Observar los procesos de espontaneidad y creatividad, cómo ha ido desarrollando las funciones yoicas de adecuación / transferencia en su regulación del mundo interno y externo y observar por otra parte la sanidad o patología de la complementariedad vincular que establece la persona.
- Practicar ejercicios y técnicas de relajación.

### **V. EVOLUCION PSICOTERAPEUTICA**

#### **5.1 Encuadre**

Se realiza un re encuadre terapéutico, en la tercera sesión desde que la paciente retoma su tratamiento. Se explica a la paciente la nueva propuesta, puesto que los síntomas psicósomáticos reaparecen frecuentemente, por lo que se debe recomenzar terapia, desde ahí la necesidad de trabajar con un enfoque terapéutico diferente. Adriana accede a este nuevo tratamiento.

Se acuerdan sesiones semanales a partir de esa fecha, los días miércoles, en las dependencias del Centro de Salud, específicamente box de Salud Mental.

## 5.2 Objetivos

- Explorar conjuntamente con Adriana la evolución histórica de sus síntomas físicos, a través de la aplicación de técnicas psicodramáticas.
- Explorar con Adriana la conexión existente entre la matriz y el síntoma físico actual (dolor de estómago).
- Describir la evolución del síntoma actual a través del proceso psicoterapéutico – psicodramático.

## 5.3 Descripción de las sesiones

Para describir las actividades, se revisarán las sesiones realizadas a la paciente, además de hacer comentarios en referencia a algunos aspectos teóricos revisados (los que irán en letra cursiva para proporcionar mayor claridad al lector), además de ir haciendo algunas hipótesis en relación al tratamiento y/o diagnóstico de la paciente.

Algunas de las sesiones serán transcritas completamente.

### 5.3.1 Primera sesión

Paciente retoma tratamiento luego de meses de ausencia. Refiere haber sido operada del páncreas, estuvo bien durante un mes, luego comienza abruptamente con molestias, dolores de estómago y posterior a ello tiene dificultades para recibir alimentos.

*El síntoma y a la vez motivo de consulta de Adriana, se hace presente en la consulta, en donde el cuerpo es centro de la escena explícitamente: “no tolero los alimentos”, “me duele mucho mi estómago, y no sé porqué, si supuestamente me encuentro sana”.*

Adriana desea retomar tratamiento, pero refiere haber sido enviada por los médicos, dado que el dolor no cesa, y su operación ha sido exitosa de lo que se desprende, *aparentemente no hay nada físico y pudiese ser nervioso*. La paciente accede a reiniciar tratamiento. Se realiza sesión de escucha, contención y acogida. Se cita en tres semanas.

### 5.3.2 Segunda sesión

Paciente aparece muy centrada en los síntomas, su lenguaje gira en torno a su dolor físico, la expresión del sufrimiento es a través de su dolor de estómago y su dificultad para alimentarse “no tolero alimentos”.

Se evidencia escaso contacto con el ámbito afectivo. Su discurso centrado en el dolor físico, no logra contactarse con este componente de la triada: las emociones.

Se decide trabajar con técnicas de relajación.

### 5.3.3 Tercera sesión

Posterior a la sesión anterior, y revisando los procesos previos vividos con Adriana, sin evidenciar un cambio en su principal sintomatología, se decide proponer a la paciente el cambio del encuadre terapéutico.

Se destina esta tercera sesión a trabajar en esta propuesta, señalando los cambios en los tiempos de trabajo psicoterapéutico.

### 5.3.4 Cuarta sesión

Se solicita a Adriana que centre su atención en su dolor de estómago. Desde ahí se solicita que piense en alguna otra situación en la que haya sentido una sensación similar, permitiendo que aparezca una escena en forma libre.

Adriana rememora una situación de cuando ella tiene 36 años. La escena ocurre en la casa en que vivía con su abuelo (casona vieja de adobe). Su hijo mayor tiene 10 años, y ella cursa un embarazo de 5 meses. Era día sábado, aproximadamente las 10 de la noche. Estaba en su pieza, donde estaba también su hijo durmiendo.

Terapeuta:

- ¿Qué estaba ocurriendo en esa situación?

Paciente:

- Yo estaba pensando en el papá de mis hijos, Segundo se había ido, me dejó, él se fue para casarse con otra mujer. Yo estaba sola, mirando mi pieza, mi hijo, cuando comencé a pensar y decir: “esto no es vida”, “esto no tiene sentido”, “así no se puede seguir” y decidí tomar una opción.

Terapeuta:

- ¿Qué opción?

Paciente:

- Matarme.

Terapeuta:

- ¿Pensaste en qué forma hacerlo?

Paciente:

- Yo vivía con mi abuelo...y él tenía un arma. Me fui a su pieza, que estaba al frente de la mía, y abrí el cajón para sacar el arma y matarme...En eso apareció mi abuelo y me retó, me gritó, me quitó el arma, me dijo garabatos, que cómo se me ocurría, que yo tenía un hijo y que tenía otro en camino, me zamarreó y me echó a la pieza.

Terapeuta:

- ¿Así terminó todo?

Paciente:

- Sí, él evitó que ocurriera algo mayor.

Se evidencia durante la articulación, gran dificultad en Adriana para lograr meterse en la escena, se resiste y aparecen sus defensas.

En el sharing, se muestra a la paciente la similitud que la sensación evocada tiene con lo que le ocurre hoy día. Las frases iniciales, desde donde surge la articulación: “esto no es vida”, “así no se puede seguir”, son las frases que se repiten a diario cuando no puede alimentarse o cuando surge el dolor, también es la sensación y el deseo de que el dolor desaparezca.

### 5.3.5 Quinta sesión

Adriana acude a su sesión semanal, en buen estado general. Refiere haber estado muy enferma, esta vez de un resfrío. Se deja espacio para que la paciente pueda relatar su sentir.

*No deja de causar curiosidad esto que le ocurre a la paciente y que dice relación con sus enfermedades, si vamos al libro “La enfermedad como camino”, las enfermedades respiratorias se relacionan con los afectos, así, por lo que nos aventuramos a interpretar esta manifestación corporal (el resfrío) como una manera de expresar esta pena, guardada por años y que surge a partir de la articulación cenestésica, en donde la paciente se conecta con su sensación de abandono y de desesperanza.*

Terapeuta:

- ¿Y cómo ha estado de su guatita?

Paciente:

- Bastante mejor, esta semana se ha portado bien, ha aguantado bien la comida. He estado con buen apetito, pero igual me dan náuseas.

*Nuevamente el cuerpo como centro de la escena, como si el cuerpo por sí mismo fuera el protagonista de su vivencia: “se ha portado bien”.*

Se retoma la sesión anterior, con la escena vivida, en donde Adriana logra contactarse con la rabia con Segundo (padre de sus hijos) por haberla abandonado.

Terapeuta:

- Quisiera retomar lo que vimos la última sesión. Ha podido recordar algo más.

Paciente:

- Sí, he recordado mucho a mi abuelo...(en ese minuto se interrumpe para volver a la escena).

Terapeuta:

- Volvamos a la escena, cuando estás con tu abuelo.

Paciente:

- Mi abuelo me toma, me reta mucho, me dice garabatos (se intenta que los diga, pero no lo hace).

Terapeuta:

- A ver, ponte en el lugar de tu abuelo...

Paciente

- Cómo se te ocurre mujer, tenís cabros chicos, estai embarazada, piensa en ellos, el Segundo ya te dejó ya y tenís que estar con tus cabros, ándate pá tu pieza y déjate de hacer güevás... Ahí me voy a mi pieza y me veo llorando, y pienso en el Segundo, que me dejó sola.

Terapeuta:

- ¿Te gustaría decirle algo al Segundo?

Paciente:

- ...(silencio).

Terapeuta:

- Se hace un doble para expresar la rabia hacia Segundo: Desgraciado, me dejaste para irte con esa güevona, aquí me dejaste, sola, güevón.

Paciente:

- Ahí me puse a mirar al niño, mi guata y pensé en seguir adelante. (Adriana hace un silencio en su discurso, y continúa). Sabe? Yo he pensado que a lo mejor por eso mi hija es así, por lo que yo pensé en hacer, a lo mejor por eso es callada conmigo y es fría conmigo.

Terapeuta:

- Me parece muy bien que logres mirar y comprender desde este dolor vivido algunas cosas que te ocurren hoy, tal como lo vimos la semana pasada.

Paciente:

- Sabe qué más? Que me tiritaban las piernas y las manos.

Terapeuta:

- (Se intenta articulación desde este síntoma). Te voy a pedir que centres tu atención en esta sensación de tiritones en las piernas y manos: no surge ninguna escena previa. Coloca mucha atención a esa sensación y sólo si puedes agranda esa sensación. (Paciente no logra conectar escena previa). Luego se le hace un señalamiento en sus manos, que en este minuto de la sesión están entrecruzadas y se mueven, quiero que pongas atención en tus manos ahora...qué dirían tus manos?.

Paciente:

- Que siga adelante, que se puede, que no hay problemas (silencio). Mis manos (al rato), me han servido para trabajar, para valerme por mí misma.

Durante el sharing, se le devuelve a la paciente lo ocurrido durante la sesión, de cómo a partir del dolor de estómago se ha logrado revivir esta experiencia previa, de

abandono y desesperanza, y que, pareciera ser que ese tiempo quedó una puerta abierta, por donde han podido entrar otros dolores, pero que generan en ella esta misma sensación de desesperanza. Se propone explorar juntos la manera de “cerrar ese puente” entre el dolor y la desesperanza.

*Es importante destacar lo ocurrido en relación a esta interpretación, dado que esta experiencia vivida a los 36 años, y que probablemente fue negada, olvidada por Adriana, de alguna forma generó un puente con otras experiencias dolorosas, pero esta vez enquistadas en el cuerpo, tan enquistadas como su tumor de páncreas.*

#### 5.3.6 Sexta sesión

La paciente acude a su sesión habitual de cada semana, apareciendo en regulares condiciones; hace referencia a un bajo ánimo, sensación de cansancio y agotamiento corporal.

Nuevamente la paciente aparece centrada en lo sintomático; voy pensando en el mapa fantasmático corporal y desde ahí dejo fluir este relato a modo de caldeamiento para la posterior realización de la actividad.

Terapeuta:

- ¿Cómo es eso de que se siente agotada, cansada?

Paciente:

- Lo que pasa es que me dan ganas de hacer cosas, pero me pongo a caminar y no puedo. Mi cuerpo no me responde a lo que quiero hacer...

Terapeuta:

- ¿Entonces tiene que ver con el deseo, las ganas de hacer cosas, pero luego ver la imposibilidad de llevar eso a cabo porque el cuerpo no responde?

Paciente:

- Veo la leche y me dan ganas de tomarla, pero a la vez ya siento que me va a hacer mal. Me la tomo y al ratito me hace mal...

*Aparece acá lo que desde el psicodrama podríamos nominar como la repetición rígida de pautas conductuales, la transferencia propiamente tal.*

Terapeuta:

- ¿Entonces es algo que tiene que ver con lo que pasa en el interior del cuerpo y el mensaje que transmite el cuerpo es que no puede ejecutar la orden de lo que usted se dice en la cabeza?

Paciente:

- ¡Claro! Siento que en el estómago está todo pegado y lleno de cosas malas. A veces creo que es el hígado el que está mal... No me pasa siempre, pero a veces me hace mal...

*Cabe destacar acá el nivel de anquilosamiento de sus conductas, la disociación mente cuerpo y la dificultad en poder conectar ambas esferas.*

Terapeuta:

- ¿Hay alguna otra zona de su cuerpo que le intente expresar alguna otra idea?

Paciente:

- Yo pienso que aquí en las rodillas no tengo fuerzas... Pienso que ya van a venir días mejores y tengo la esperanza de que se me van a arreglar.

*Acá quiero destacar la asociación que yo hice con el tema de las piernas. Se supone que éstas a uno lo llevan a algún lugar, lo trasladan, lo mueven, lo sacan del estancamiento. Me da la sensación de petición de ayuda o de poner en la figura del terapeuta el deseo de ser movida de su anquilosamiento.*

Terapeuta:

- Es muy posible que usted logre movimientos, cambios. La idea precisamente es poder revisar juntos de qué manera puede lograr estos cambios y así sentir que no sólo sus piernas se le van a arreglar, sino también otros deseos de movimiento.

Paciente:

- (Se queda pensando un momento, asiente con su cabeza, luego de esa pausa pasa a otro tema) Mañana voy a estar de aniversario de la operación. Por una parte está bien, porque viví un año más, pero me gustaría vivirlo de otra manera...

Terapeuta:

- ¿A qué se refiere con eso de *de otra manera*?

Paciente:

- Así mejor pues, sin tantos dolores y que esto se me quite luego.

*No puedo dejar de pensar en la palabra “aniversario”, casi como que trae asociada la idea de que hay que celebrarlo o hacer algún ritual de conmemoración. Me recuerdo de los pacientes que atraviesan duelo por muerte de algún familiar y se refieren al cumplirse un año del suceso con la misma palabra.*

Terapeuta:

- ¿Cuál es su auto evaluación en el proceso de mejoría desde que comenzamos a trabajar juntos?

Paciente:

- Es de un cincuenta (50) por ciento...

Terapeuta:

- Entonces es muy buena su auto evaluación, ya lleva la mitad, lo que viene ahora es sólo beneficio. Cualquier avance sería sólo algo positivo.

Paciente:

- No me había fijado en eso... la verdad es que ya no me molesta la guata todos los días...

Terapeuta:

- ¡Claro! Y eso que usted me decía que no habían cambios...

Paciente:

- Si, pero igual no tengo ánimo, estoy con mucho frío, mi cuerpo sigue sin responderme.

Terapeuta:

- Al parecer su mente y su cuerpo son cosas distintas. Cada una está trabajando por su lado...

Paciente:

- (Se queda pensando otro rato y finalmente le hace sentido la frase. Asiente con la cabeza), es verdad lo que Ud. dice.

Me aprovecho de esto y finalmente instalo la confección del mapa fantasmático corporal. Aquí debo asumir una mala consigna, ya que le propongo que de todo lo que hemos hablado, lo pueda plasmar en una hoja en donde aparece una silueta de un cuerpo humano, la que deberá ir rellenando de acuerdo a lo que ella sienta. La consigna es mala porque todo el tiempo estuvimos hablando de su dolor y no de todo el abanico de sensaciones, emociones, historias, cargas y heridas del cuerpo en su historia de vida.

Paciente:

- No soy muy buena para el dibujo, pero voy a tratar.

*Llama la atención, desde la desconexión existente entre la mente y el cuerpo su imposibilidad de dibujar su mapa, considerando sus habilidades, puesto que es una costurera. Consecuentemente sus afectos no tienen espacio, la desconexión es tal, el cuerpo habla, el cuerpo comunica, el cuerpo expresa.*

El dibujo gira eminentemente en torno a su estómago y la operación, lo que ella antes refería como que tenía algo pegado allí y que estaba malo, lo demarca con una “X”. Hace alusión además a las rodillas que no tienen fuerzas, demarcando allí una zona que signifique eso. Por el tiempo transcurrido, se deja expresado el mapa para comenzar a trabajarlo en la próxima sesión.

### 5.3.7 Séptima sesión

Se realiza sesión de cierre del mapa fantasmático.

Adriana se muestra agradecida por lo conversado durante las sesiones anteriores:

“Me ocurre que me he sentido escuchada y ayudada. Me acuerdo de la sesión, esa donde conversamos acerca de eso, cuando estaba embarazada... cuando me auto agredí...entendí que si ahí pude salir adelante, ahora también puedo salir adelante”

Se muestra a Adriana su mapa fantasmático, donde está graficado su dolor y la imposibilidad que ella tiene de mirar algo distinto de lo que le ocurre en su estómago, en esta parte de su cuerpo que se ha convertido en el centro de su vida, tanto así que le dificulta también ver aquellas cosas buenas de su vida, tal como se conversó durante la sesión anterior (que ya no le molesta tanto, que se alimenta mejor, etc).

Adriana escucha la devolución.

Se le propone volver a construir otro en donde podamos explorar estos aspectos que ella no está logrando evidenciar en este momento.

*Esta sesión da cuenta de la estrecha relación que la paciente logra hacer entre lo ocurrido durante su segundo embarazo y lo que hoy le ocurre, su enfermedad y dificultad para alimentarse (una forma de auto agredirse), relacionado con la falta de ganas de vivir de ese entonces.*

Se refuerza y se deja hora para entrevista biopatográfica.

#### 5.3.8 Octava sesión

Adriana acude en buenas condiciones, lo que permite la construcción de su línea biopatográfica.

Se comienza por un caldeamiento inespecífico, en la que se solicita a la paciente tomar conciencia con su cuerpo, con su respiración y que realice un scanner de cómo se siente en el día de hoy, poniendo atención en los puntos de mayor molestia. Se realiza relajación para bajar los niveles de tensión, en la zona de la espalda y hombros (que refiere como tensos).

Posteriormente se realiza caldeamiento específico, dando la consigna de viajar imaginariamente por su vida hacia atrás, intentando recordar los hitos en los cuales su salud se vio afectada. Se le indica recordar momentos de su historia cercanos a ese instante, y cómo afectó en su vida la enfermedad.

Finalmente en la dramatización se pide a Adriana que dibuje una línea de vida donde pueda ir graficando estos eventos. Adriana grafica:

- 1944: Tos convulsiva a los 8 años, 2 a 3 meses de duración.
- 1963: Cirugía de vesícula a los 27 años. Estuvo 5 meses en recuperación.
- 1988: Problema de tiroides a los 52 años. Fue descartado luego de un mes.
- 1999: Colesterol alto y posible diabetes, a los 63 años. Se descarta DM.
- 2006: Cirugía de páncreas, estómago y duodeno, a los 69 años.

Durante el sharing, Adriana refiere que siempre le ha costado mucho recuperarse, que cuando se enferma le dura, y que esta vez ha sido muy difícil.

Se cierra la sesión, mostrando a la paciente que en dos oportunidades se le han tenido que practicar cirugías para controlar algo que dentro de su cuerpo no funciona bien. Se le muestra que sería bueno poder mirar si esto se relaciona con algo que no funcione bien en otros ámbitos.

Se deja abierta la sesión para revisar juntos en una próxima oportunidad.

*Desde una postura más alternativa, considerando lo leído sobre la “Enfermedad como camino” intentamos relacionar su enfermedad al pecho (tos convulsiva), y las penas contenidas. También resulta curioso esta enfermedad temporal a la tiroides y la fuerte relación de esta glándula con las emociones. Finalmente la relación entre la amargura que en ocasiones siente y la falla en el páncreas que ella vivencia como el hito más importante por las significaciones en el hoy.*

*Hipotetizando ¿será que Adriana tiene dificultades para modular su pena? Pareciera ser que la problemática también se encuentra en como esta paciente logra defenderse de lo que siente, para colocarlo directamente en un lugar que lo pueda expresar por ella: su cuerpo.*

### 5.3.9 Novena sesión

Se comienza la sesión, revisando con Adriana la semana.

Terapeuta:

- ¿Cómo ha estado?

Paciente:

- Bien, mejor de mi guatita, más tranquila.

Terapeuta:

- Le quiero proponer Adriana, que podamos revisar los eventos que revisamos la vez anterior, ¿recuerda?, los que tienen relación con sus enfermedades y las que Ud. recuerda como más relevantes. ¿Le parece si comenzamos con la tos convulsiva?

Paciente:

- ...

Terapeuta:

- ¿Recuerda la edad que tenía?

Paciente:

- 8 años.

Terapeuta:

- Si nosotros pudiésemos sacar una experiencia o bien, un aprendizaje de estas enfermedades que le ocurrieron Sra. Adriana. ¿Qué sentido cree Ud. que esa enfermedad tuvo en su vida?

Paciente:

- No sé... yo era chica, no me acuerdo mucho.

Terapeuta:

- Pero por algún motivo lo logra recordar y poner sobre esta línea de vida que Ud. dibujó...

Paciente:

- Aprendí a protegerme de los resfríos.

*En este punto aparece una respuesta rígida, defensiva, una forma presente y actual de mirar lo que le ocurre en su cuerpo.*

Terapeuta:

- ¿Cree Ud. que pudo aprender a defenderse de algo más?

Paciente:

- Parece...yo creo que ahí también pudo aparecer la idea de que me voy a morir. Me sirvió para aprender a cuidarme, ahí aprendí a cuidarme.

Terapeuta:

- ¿De algo o alguien en particular?

Paciente:

- ...

Terapeuta:

- Quisiera poder contarle acerca de un libro que he leído y que habla un poco del porqué nos enfermamos... Y sabe que en este libro hablan de que cuando uno se enferma del pecho, se relaciona con algunas penas que uno puede tener. ¿Cree que puede ser así en su caso?

Paciente:

- ¿Pena?...no sé. Bueno Ud. sabe que yo me crié con mis abuelos...

Brevemente se explora el átomo individual al momento de su tos convulsiva. Dado que la entrevista ya lleva avance, se realiza un caldeamiento muy breve. El átomo no se hace espacialmente, sino que se construye sobre un papel.

La paciente logra contactarse con ese momento de su historia y grafica un átomo que agrupa a sus abuelos, su madre muy lejana y su padre más aún.

Con los datos de la entrevista, se termina de construir su familiograma.

Terapeuta:

- ¿Quiénes le acompañan?

Paciente:

- Mi abuelo, mi abuela...no tenía hermanos, no conocía a mi mamá. Yo a ella la conocí cuando tenía 50 años, y porque yo la busqué...

Terapeuta:

- ¿Cómo se siente al mirar esta grafica que hace?

Paciente:

- ...sola.

Terapeuta:

- Claro, fue hija única y a su vez su madre también lo fue, por lo tanto aquí no vemos hermanos, ni primos. Sólo Ud. con sus abuelos. Al mirar esto, su sensación de soledad ¿cree que esto tuvo alguna relación con su enfermedad?

Paciente:

- Creo que sí... (Se evidencia en la paciente mucha pena, la que contiene. Se contiene también su silencio).

Terapeuta:

- Bueno Adriana, sin duda que mirar la vida, recordar la soledad, los momentos que vivió, y que Ud. recuerda que fue muy importante porque ahí Ud. pudo darse cuenta de la necesidad de cuidarse, que tenía que protegerse...Y probablemente esta desprotección no tan solo se expresó a través de la amenaza a su salud, sino también por su desprotección emocional, por su soledad, por no estar con su madre y también la falta de su padre... Pudiese ser ¿cierto?, corríjame si estoy equivocado, que esta pena hubiese podido estar alojada ahí, mostrándose finalmente a sus ocho años, a veces el cuerpo tiene formas muy curiosas de mostrarnos las cosas. Quizás pueda ser esta pena de no poder estar con su madre, y de tampoco tener a su padre, y esta niña, que requiere de cuidados. Ud. desde ahí aprendió a cuidarse, es decir aprendió a que debía cuidarse solita.

Paciente:

- ...

Terapeuta:

- Sin duda Adriana, quiero decirle, que a pesar de esta sensación de soledad con la que se queda, creo que es muy importante mostrarle que Ud. no estuvo sola, sus abuelos fueron y seguirán siendo sus padres, y hoy también están sus hijos, especialmente Germán, quien la acompaña mucho. ¿Cree Ud. que si hiciéramos la gráfica de hoy sería distinta? (asiente con la cabeza). Bueno, yo también lo creo, por eso mismo le dejo esta inquietud, que pueda pensar y darle una vuelta a esto, y la próxima semana trabajamos sobre eso. Veo que se va con pena, y creo Sra. Adriana que eso es esperable, puesto que miramos una parte de su vida en donde Ud. probablemente sintió mucha pena, al abrir ciertas puertas, se deja salir lo que adentro está guardado y ventilar los cuartos siempre es bueno (la contengo y nos despedimos).

Dada la emoción surgida, se deja espacio para la catarsis y se decide no realizar exploración de los roles en la construcción de su átomo.

*En este punto evidenciamos la dificultad en Adriana para poder mirar esta defensa, dado que la ha acompañado durante su vida y de alguna forma le ha sido adaptativa, sólo que hoy, su cuerpo hace crisis. También evidenciamos lo aventurado que pudo haber sido esta interpretación.*

*Adriana se caracteriza por “saltarse los afectos” e irse directo al cuerpo, por lo que se considera positivo haber podido explorar la pena surgida a partir de este átomo.*

*Sin duda queda el temor de no haber dejado algo abierto y que pudiese hacer daño a la paciente.*

#### 5.3.10 Décima sesión:

“Estoy loca con mi mal, con este mal que lo quiero arrancar de mí”.

Así comienza la sesión Adriana. Lo que llama la atención es que luego de la sesión anterior en la que se abrió paso a los afectos, en el que se logra la conexión esperada, la paciente vuelve a su síntoma, cuando se le consulta ella refiere que no ha empeorado pero

que se siente muy mal los días en que su estómago no le responde. Se contiene y se comienza a trabajar sobre sus otras enfermedades, para dar paso al átomo.

Terapeuta:

- Cuénteme un poco, cómo fue esto de su operación a la vesícula.

Paciente:

- Me operaron y me sacaron 7 granos así como de arveja.

Terapeuta:

- ¿Algún aprendizaje de ello?

Paciente:

- El mismo creo...que aprendí a cuidarme. Bueno, también estaba la motivación de mi hijo, era grande ya tenía más de 20 años. Antes de la operación pensé en que era muy flaca y que me podía morir en la operación. De ahí que me cuidó también. Con lo que como...

Terapeuta:

- Que curioso Adriana, mire acá también aparece el tema de la comida. Como que algo pasa con Ud. con esto de alimentarse, ¿se fija? como que la comida no siempre le hiciera bien, mire: Ud. era muy flaca, o sea la comida no le hace parecer sana, tanto así que Ud. tenía miedo de morir, luego de la operación tiene que cuidarse de la comida, como si le hiciera mal, ¿se fija? Y hoy tampoco come tranquila, porque en ocasiones la comida le provoca dolor de estómago.

Paciente:

- Vá! verdad...

Terapeuta:

-¿Cree que la comida pudiese estar relacionado con algo más?

Paciente:

- No sé...

Terapeuta:

- Le dejo la inquietud. Cuénteme ahora sobre su enfermedad de tiroides.

Paciente:

- Ahí fui a ver al doctor porque me dolía el cuello. Me dieron antibióticos y me seguía el dolor, así es que me hicieron estudios porque sudaba mucho, me daba frío y luego calor. Estuve casi un mes hospitalizada. Ahí mi hijo estaba muy preocupado y me quería llevar a otro lado, pero ahí el doctor me mandó con el Dr. Fuenzalida, que es endocrinólogo, ahí me dijeron que era un problema tiroideo. Ahí me empecé a mejorar, estuve dos años con remedios, después dejé el tratamiento y anduve bien, hasta ahora.

Terapeuta:

- Mire Adriana, qué curioso que haya dejado el tratamiento y no haya tenido recaídas, generalmente los problemas tiroideos son crónicos.

Paciente:

- No sabía, pero no he vuelto a tener problemas...

Terapeuta:

- Nuevamente le pregunto, ¿habrá querido decirnos algo más esta tiroides?

Paciente:

- No sé, no creo...

Terapeuta:

- Yo vuelvo a contarle pues, lo que le dije la otra vez del libro, ¿se acuerda? Que la tiroides es una glándula que está muy relacionada con las emociones. Ahora me gustaría preguntarle por esto de la compañía, que a diferencia de la enfermedad que tuvo cuando

niña, ahora pareciera ser que no se siente tan sola, lo digo porque en ambas oportunidades ha nombrado a su hijo.

Paciente:

- ¡¡¡Siii!!! Mi hijo ha sido un apoyo grande para mí, siempre me acompaña, se preocupa por mí, cuando me enfermo.

Terapeuta:

- ¿Y su hija?

Paciente:

- No ella no me acompaña mucho. La otra vez yo le decía, ella es fría conmigo, yo creo que por lo que viví cuando estaba embarazada. ¿Se acuerda que se lo dije?

Terapeuta:

- Me acuerdo muy bien. Vamos a dejar hasta acá. No olvide que tenemos pendiente la gráfica actual. Sigue pendiente ¿ya? Nos vemos.

Paciente:

- Hasta luego doctor.

En este punto se hace muy necesario comunicar a la paciente la hipótesis acerca de la conexión entre sus enfermedades y sus emociones, pero se deja para la próxima sesión, esperando buscar la manera de mostrarlo de una manera co construida.

### 5.3.11 Undécima sesión

Se da inicio a la sesión preguntando por la semana. Adriana refiere que le está haciendo nuevos exámenes, que está con el Dr. Fuenzalida, señala que los exámenes se los está haciendo por estos dolores que no ceden posterior a la operación.

Terapeuta:

- En el año 1999 a Ud. le hacen estudios por el colesterol y la diabetes.

Paciente:

- Pero eso no me aproblemó tanto. Me fue bien.

Terapeuta:

- Algún aprendizaje.

Paciente:

- (Se ríe), comer más sano, frutas, verduras, yo antes no sabía que habían cosas que me hacían mal.

Terapeuta:

- Que curioso ¿no? Nuevamente la comida (nos reímos), parece que es muy importante esto que entra en el cuerpo ¿no cierto?

Paciente:

- Bueno, después Ud. sabe, mi operación que me tiene mal hasta hoy día.

Terapeuta:

- Pero no tan mal, ya hemos avanzado bastante, hoy se alimenta mucho mejor, parece que mientras dejamos salir más cosas, puede entrar más tranquila la comida.

Paciente:

- ...mmmmm. Bueno, yo nunca supe qué pasó si era o no cáncer lo que tenía, la biopsia dijo que no, pero me sacaron parte del páncreas, medio estómago y los intestinos parece, quizás qué habré tenido.

Terapeuta:

- quisiera poder mostrarle algo que he estado mirando mientras Ud. me cuenta de sus enfermedades y la relación de eso con esto de que Ud. no esté bien, que se sienta sola y que tenga que venir a verme cada cierto tiempo, y también cómo ha mejorado la cosa desde que hemos abierto más cosas de su historia, como esto de estar sola, de haber intentado matarse estando embarazada... Yo creo que existe mucha relación entre sus enfermedades y lo que Ud. siente, pero sabe, que por algún motivo a Ud. le pasa que le cuesta mucho decir lo que le pasa, le cuesta como expresar...

Paciente:

- mmm (asiente con la cabeza).

Terapeuta:

- ... Desde ahí yo creo que por ejemplo cuando era niña, y el haberse sentido tan sola, de no estar con sus papás y darse cuenta, porque un niño se da cuenta que sus padres no son en verdad sus padres cuando ya están más grandes ¿ve?, como a los 7 años, o sea, en el mismo tiempo que Ud. enfermó, como si esta enfermedad del “pecho” viniera a mostrarnos otra enfermedad al “pecho”. Lo mismo con esta enfermedad a la tiroides, que se relaciona mucho con nuestras emociones ¿sabe que cuando una persona está depresiva puede confundirse con una enfermedad tiroídea?, puede ser que a Ud. le cueste mostrar estas penas que tiene de la vida... (Dejo un minuto de silencio) Por otro lado como que a Ud. le costara digerir la comida, pero yo pienso, ¿no será que le cuesta digerir lo que le pasa?... También quisiera mostrarle esto que le pasa a su cuerpo de hacer cosas malas, que le duelen: estas pepas de arvejas que hay que sacar y este tumor que le afecta al punto de que pierde parte de sus órganos... Yo encuentro que su cuerpo nos dice cosas, a las que no hemos escuchado, o que Ud. no ha escuchado, esto que Ud. dice que aprendió a cuidarse, pero aprendió a cuidarse el cuerpo, de las comidas, los resfríos... Yo le voy a dejar esta

pregunta para que Ud. la piense ¿ya? ¿Qué estará tratando de decirle hoy día el cuerpo con este dolor, cuando no la deja comer y la hace sentir como se sentía cuando pensó en morir, porque no valía la pena vivir así?, ¿le pasará que ahora siente que no vale la pena vivir por algo más a parte de su enfermedad? ¿Me entiende? ¿Habrá algo más que nos quiera mostrar el cuerpo?...pena?...rabia?...soledad?

Paciente:

- mmmmm, no sé. No le entiendo mucho.

Terapeuta:

- le dejo la inquietud, tenemos mucho pendiente todavía. Cuídese y nos vemos después del “18”, que la pase bien, ¿estará con su familia?

Paciente:

- Con mi hijo, la nuera y el nieto, es difícil que venga mi hija, bueno, que lo pase bien Ud. Doctor.

### 5.3.12 Epílogo

La paciente deja de asistir a su sesión semanal; no me llama la atención aquello, ya que en otras oportunidades había ocurrido lo mismo, sin grandes complicaciones para el tratamiento. Pero luego de pasar la segunda semana ausente, justo cuando yo me incorporaba a la semana laboral, en mi centro de salud me dan la noticia que la señora Adriana había fallecido el día domingo. Supuestamente había decaído en forma abrupta y repentina, aparentemente por un problema de mal funcionamiento de su hígado. Me propuse inmediatamente contactarme con el hijo para saber detalles de la situación.

La noticia tuvo un fuerte impacto para mí, no supe cómo reaccionar en ese minuto, le comuniqué la noticia a mi compañera de tesina, quien me sugirió escribirle a Ada, nuestra asesora, para ver qué podíamos seguir haciendo.

La instrucción fue clara y precisa: tratar de entender, revisar aspectos, analizar la situación. Por qué ella había elegido irse en esos momentos. Cómo me quedaba yo con la situación. Si podía entrevistarme con su hijo.

Yo por mi parte me había propuesto entrevistar a su hijo, Germán y así poder cerrar con él el tratamiento.

La entrevista pudo realizarse después de varios “*desencuentros*”, en los que tanto él como yo no nos podíamos ver, a pesar de hacer esfuerzos por lograrlo.

Finalmente se logra este encuentro. Paso a describir esta entrevista y la incluyo como la última sesión.

### 5.3.12 Duodécima sesión

El *encuentro* es bastante informal; Germán asiste un día miércoles a entrevista sin coordinación anterior. Ya antes nos habíamos dejado recados con personas intermediarias y él asiste en forma espontánea.

Germán

- Permiso, ¿usted es don Roberto Espinosa, el Psicólogo? Yo soy Germán, el hijo de la señora Adriana. Me dijeron que quería verme.

Terapeuta

- Usted es don Germán. Tenía muchas ganas de verlo. Le había dejado recados con sus vecinos. Qué bueno que me vino a ver. Por favor adelante y tome asiento.

*Voy pensando en cómo estructurar la entrevista, en poder recabar muchos datos, cerrar cosas que no se cerraron, entender, como se me había sugerido.*

Antes de comenzar, quisiera contarle que su madre asistía en forma regular a mis controles, estábamos trabajando fuerte en sus sensaciones corporales y tratando de ayudarle para que no se complicara tanto de su operación, que según entiendo fue al páncreas, estómago y duodeno, pero de pronto dejó de venir. Al principio yo no me preocupé, ya que antes había pasado esto, pero después ella seguía viniendo. Entonces una de las razones por

la que quería verme con usted, era para saber qué había pasado y cómo estaba usted, si de alguna manera usted quisiera hablar de cómo se estaba sintiendo y si en ese sentido yo pudiera aportarle o entregarle alguna idea para poder completar lo que tal vez usted no tenía completo...

Germán

- Si. La verdad es que mi madre se empezó a sentir mal de repente. Fue un día jueves, la lleve a urgencia y de ahí le hicieron exámenes. Después de eso la dejaron hospitalizada y la derivaron inmediatamente al hospital de San Felipe, porque allá estaba el médico que había operado a mi mamá. En San Felipe resulta que el médico que la operó se había ido a Santiago, pero el caso lo tomaron otras personas. Los médicos dijeron si yo sabía lo que tenía mi mamá, que eso era un cáncer terminal y que no había vuelta, que estaba en las últimas. Yo les dije que mi mamá no tenía cáncer, ya que en la operación realizada el año pasado se había descartado eso, después de haberse hecho la biopsia, el resultado arrojó que el tumor era benigno. De hecho, yo les mostré el documento en el que decía esto. De los cuatro médicos que allí estaban, uno me insistía en el cáncer y me porfiaba de mis argumentos. Me dijo que le iban a hacer un scanner y que eso iba a ser definitivo y que ahí iba a salir el cáncer, que no me hiciera expectativas y que pensara en que ya ella se iba a morir, por lo tanto que me hiciera la idea y que aprovechara los últimos momentos con ella.

Esperamos el resultado del examen y efectivamente no salió el cáncer. El médico cuando nos fue a dar el resultado no me miraba a la cara, le hablaba más a mi hermana, yo creo que de vergüenza, y decía que claro, que no había cáncer, pero que estaban mal un montón de otras cosas que comenzó a enumerar.

A mi mamá se le complicó el hígado, yo le había llevado los exámenes que nos pidió el Dr. de acá, para no volverlos a repetir y así ganar tiempo. Ella murió estando conmigo en la pieza. Murió bien, se la veía muy tranquila, ella me decía que estaba tranquila y nos decíamos lo mucho que nos queríamos. Así entonces, cerró los ojos y comenzó a respirar, cada vez más lento, más lento, hasta que dejó de respirar. Murió en mi presencia, mientras yo le tomaba la mano.

Yo no me quedé con nada atravesado con ella, creo que nos dijimos todo lo que necesitábamos decirnos y no quedó nada pendiente entre ambos. Yo creo que mi mamá

eligió morir y que se cansó de seguir luchando, ¿ve que había tenido tan mal pasar después de la operación?, así que no quiso seguir peleando y murió.

Mi hermana no alcanzó a llegar y verla aun con vida. Le avisamos con algo de anticipación, pero ella no pudo llegar a tiempo.

*Mientras Germán va hablando, no lo interrumpo, entiendo que en él hay un relato fluido y coherente, que necesitaba expresarse. Además, su tono de voz es parejo y firme, denotando eso si gran dolor y pena por la pérdida, pero necesidad también de ser escuchado.*

Terapeuta

- Qué bueno lo que me está contando, eso de sentir con su madre de que no les quedó nada pendiente entre ustedes y de que ella se fue bien, que de alguna manera se cansó de seguir peleando y entonces decidió irse.

Germán

- Si, pero ¿sabe qué es lo que más me molesta? Que en el parte médico pusieran que mi madre murió de un paro cardio respiratorio y de cáncer al páncreas. Decía: “Paro cardio respiratorio” y más abajo “cáncer de páncreas terminal”. Eso no fue lo que ocurrió por lo que yo le acabo de contar. Bueno, yo pensé en si seguía con esto en el hospital, pero la verdad es que ya esta todo hecho, ya nada de lo que haga me va a devolver a mi madre, ¿se fija?, entonces para qué pelear con algo que no se si tiene sentido.

Terapeuta

- Me parece importante que sea usted quien defina eso y que si usted tiene claro lo que ocurrió, eso es lo más relevante.

Germán

-Si, eso yo había pensado, dejarlo hasta ahí no mas...

Terapeuta

- Quisiera pedirle un favor. Me gustaría si usted me puede contar algunas cosas acerca de su mamá, referidas a su historia cuando era chica... las personas con las que ella compartió, *su* relación con ella, cómo percibía la relación de ella con su hermana...

Germán

- Si. Mi mamá siempre vivió con sus abuelos. Resulta que cuando mi mamá estaba por nacer o cuando tenía algunos meses de vida -eso no lo se con precisión-, su papá murió en un accidente. Él venía bajando desde el regimiento Guardia Vieja y su vehículo se salió del camino y murió. Su mamá al ver esto sintió que no podía hacerse cargo de su hija y se la entregó a sus propios padres, a los abuelos de ella. De hecho, mi mamá vino a conocer a su madre bien grande, cuando ella tenía más de 50 años y fue ella quien quiso hacerlo, la buscó por intermedio de carabineros hasta que la encontró. Ella nunca tuvo ningún rencor hacia ella, al contrario, mi mamá era tan buena persona que la recibió y se hizo cargo de ella. Se la llevó a vivir con ella a la casa, hasta que falleció el año 98.

Entonces siempre hablaba de sus abuelos como si fueran sus padres, de hecho yo pienso que sí lo son. Me acuerdo que hablaba harto de la mami, como le decía ella. Yo la alcancé a conocer, pero no tengo muchos recuerdos de ella. Murió cuando yo tenía como 3 años más o menos. Yo más me acuerdo del abuelo, él era también como mi padre. Mi papá nunca lo quise conocer yo ni mi hermana tampoco. Resulta que me tuvieron a mí y él nunca se hizo cargo. Después en una de esas juntadas de ambos, mi mamá se embaraza por segunda vez de la Jessica y este tipo tampoco asume nada y se pierde. Yo nunca he tenido interés en verlo ni menos conocerlo, creo que tiene una pareja con la cual no tuvo hijos, se de él que está vivo, pero yo no quiero verlo.

Entonces el abuelo de mi mamá fue su padre y el mío también. Murió cuando yo era lolo, tenía como 16 años. De ahí en adelante mi mamá luchó por nosotros siempre sola y nos sacó adelante a los dos con la Jesy y lo logró, lo hizo, yo siempre me he alegrado de eso de mi mamá, la fuerza y el valor para salir adelante sola y criarnos bien a los dos. Ninguno somos adictos a nada y tenemos una vida relativamente adecuada.

Yo eso se lo saqué a mi mamá y creo que he cumplido la tarea con mi hijo.

Bueno, nuestra familia es bien pequeña, sabe. Mi hermana tiene una hija de 9 años y yo tengo un hijo de 19. Él es estudiante de las fuerzas armadas, relacionado con la aviación. Mi mamá estaba orgullosa de él, lo único no más es que mi hijo no pudo darle en vida el regalo que le tenía prometido, que era sacarla a volar cuando se recibiera...

*En este momento Germán se quiebra y llora desconsoladamente en la sesión. Se lo escucha y acoge, respetando profundamente este momento, entendido como uno de gran afecto y de mucha cercanía entre ambos. A pesar de ser la primera vez que nos estamos viendo, yo siento mucha compenetración y confianza mutua, mucho tele.*

Germán

- Disculpe don Roberto, pero ese era el sueño de mi hijo y yo lamento tanto que no pudiera realizarse... En todo caso sé que mi mamá está bien y que ahora está descansando tranquila.

Terapeuta

- No se preocupe don Germán, es muy válido lo que le está pasando, debe ser muy doloroso atravesar la muerte de su madre, que como entiendo, usted tenía gran cercanía y admiración, por eso de haberlos sacado adelante sola, de tener mucho amor entre ambos y de haberla acompañado en su momento de muerte...

Germán

- (después de una pausa) ¿Sabe? Yo pensé en que usted me buscaba porque tal vez mi madre le había dejado dicho algo para mí, algo que yo no supiera...

Terapeuta

- Le agradezco enormemente este momento con usted, me ha ayudado a entender muchas cosas de las que no alcancé a conocer con su mamá. La verdad es que ella no me dejó nada especial para usted, pero sí quiero resaltar el vínculo que entre ambos tenían y que ella muchas veces destacaba de usted. Ella decía que usted era quien la cuidaba y que siempre estaba con ella, a pesar de todo. Que no era así con su hermana Jessica, que siempre fue distante y hasta fría con ella.

Germán

- Sí. La Jesy siempre fue así con mi mamá. ¿Ve que ella vive en una embajada? Creo que en la embajada India parece, no sé. Pero ella siempre antepone eso de no poder salir del lugar, porque no les permiten salir mucho de allí, que deben estar presentes para recibir a quien llegue. Entonces es bien raro cuando ella viene para acá. Si para el entierro de mi mami, ella vino como quien dice a hacer un trámite y se fue al ratito de haber estado acá. Hasta ahora pos don Roberto, no ha llamado, no se contacta, ninguna noticia de ella. Pero yo la conozco así y qué le voy a hacer, es mi hermana...

Terapeuta

- Es muy coincidente con lo que me contaba su mamá... ¿Por qué cree usted que esa era la relación entre ambas?

Germán

- Desde que era chica ella siempre fue así con mi mamá. Pero se llevaban bien ellas, igual se querían. Como que al principio se ve que ella no la toma en cuenta o no se preocupa, pero cuando están juntas, la Jesy se preocupaba mucho por mi mamá y la atendía hartito. Claro que siempre ella le pedía que fuera a verla allá a Santiago...

Terapeuta

- ¿Hay algo que quisiera en adelante don Germán?

Germán

- La verdad que no don Roberto, yo le agradezco el tiempo que ha tenido conmigo y que estuviera ayudando a mi mamá. Ella siempre hablaba de usted y me contaba cómo le había ido en sus controles. Si incluso cuando cayó enferma justo tenía sesión con usted y me pidió que llamara al consultorio para avisarle que no podía venir y que estaba en el hospital. Yo llamé y le dejé el recado con las niñas, no sé si le habrán dicho...

*Cuando me dice eso, siento gran molestia con las administrativas de recepción, ya que nunca me avisaron nada; de alguna forma me estuve transferenciando con el relato de Germán, quien se molestaba con los médicos y yo con las Administrativas.*

Terapeuta

- Soy yo quien le agradece a usted don Germán, como le contaba, muchas de las cosas que me ha dicho me han ayudado para entender muchas cosas de su mamá. Y hoy a pesar de ser primera vez que nos vemos, siento que ha sido una entrevista muy cercana y muy afectiva. A pesar de que no nos conocíamos, siento que usted ha sido muy generoso y transparente en contarme cosas íntimas de la historia de su mamá y que incluso se ha dado el permiso de expresar su dolor sin problemas...

Germán

- Es verdad...si esto ha ocurrido acá, ya imagino lo que pudo ser para mi madre con tanto tiempo de haberlo venido a ver...

Terapeuta

- Le vuelvo a dar las gracias, si usted necesitara venir más adelante o cuando lo estime conveniente, no dude en hacerlo, incluso si su hermana llegara a comentarle algo, cuénteles que puede estar esta posibilidad, aunque se ve difícil por la lejanía y el tiempo escaso de ella. Como sea, si usted lo quisiera, venga a verme.

Germán

- Muchas gracias don Roberto, que esté bien. Yo me voy bien relajado y si llegara a necesitar, vendré por estos lados.

Terapeuta

- Qué esté bien don Germán, adiós.

*Se termina así la sesión, me quedo con muchas cosas adentro, cosas que son positivas, me siento inquieto. Le voy agradeciendo a la señora Adriana que me ha mostrado que así debía hacerse el cierre de su tratamiento, aunque en ese momento yo todavía no era capaz de notarlo.*

## VI. CONCLUSIONES

Adriana nos deja una gran tarea, tarea que sin duda no terminará con esta tesina. No es primera vez que nos enfrentamos a perder a una paciente, no es primera vez que la enfermedad nos arrebatara la posibilidad de vivenciar la mejoría, la mejoría del cuerpo, del espíritu...cuál primero o cuál después, cuál más importante?, para esta tesina no importa, a fin de cuentas somos uno, cuerpo y mente indivisibles, tanto así que nos despedimos de Adriana sin saber si fue su cuerpo el que enfermó más, o si finalmente Adriana pudo despedirse de su dolor para dar paso a su despedida y el *encuentro* con ese mundo desconocido, que está más allá del límite de la vida, la muerte, esa que nos muestra la fragilidad del ser, del cuerpo, el cuerpo que nos acompaña toda la vida, el que nos permite sentir, pensar, existir... el cuerpo, el que nos habla de maneras desconcertantes, el cuerpo que escuchamos y que no, el cuerpo que cuidamos y que no, el cuerpo, que para esta tesina ha sido el centro de la escena, el gran protagonista: *cuando el cuerpo habla*.

¿Cuán arraigada se encuentra en nosotros la creencia de que mente y cuerpo son diferentes?, casi tanto que estamos convencidos de que la mente no nos hace morir, a no ser por supuesto que decidamos poner fin a nuestra vida... ¿Pero pudiese ocurrir que la decisión fuese tomada y que no fuese ejecutada? ¿Y que dicha decisión finalmente se enquistara en el cuerpo para que fuera éste finalmente quien tomara la decisión? Esta es la pregunta que nos hacemos, puesto que sí, creemos que Adriana a sus 36 años, cursando el embarazo de su hija, sintió la necesidad de dejar de vivir, de abandonar esta vida, sin pensar en hijos, embarazo, pareciera ser que a sus 36 años “no valía la pena vivir” como ella nos refirió; tomó el arma, pero casualmente - de esas casualidades que nunca son casualidades, sino más bien sincronías de la vida – fue detenida por su abuelo, pero su historia con la muerte no queda ahí, se desplaza hasta sus 70 años, momento en el que su cuerpo decide hablar.

Fueron muchas las veces en que el cuerpo se hizo escuchar, sus síntomas parecían ser psicósomáticos, ¿y cómo no? Si cada médico al que veía refería “Ud. No tiene nada, vaya al psicólogo” y así Adriana consultó por largos años, intentando comprender los mensajes de su cuerpo escénico, este que día a día protagonizaba sus penas, sus angustias.

De alguna forma creemos que Adriana dejó alojada la orden de muerte en su cuerpo, alojada en el mismo lugar en donde se alojó su tumor: ¿cáncer o no? Para esta tesina no importa, dado que nuestra conclusión se basa en creer que fue esta orden, dada a los 36 años, la que su cuerpo obedeció, buscando distintos caminos.

¿Y cómo no? Si pensamos en la vida de Adriana, vemos que su nacimiento fue marcado por la muerte, en esos momentos en que uno se encuentra necesitado de cariño, apego, seguridad vincular, su padre muere trágicamente, y más terrible aún, la persona que debe proporcionar esta seguridad, se sume en un profundo dolor, siendo incapaz de estar con Adriana. ¿Cómo entiende un niño de meses este dolor? Si bien no alcanzó a ser explorado terapéuticamente, creemos sin duda que aquí está el locus primigenio, donde sufre la pérdida paterna y luego sufre el abandono materno, Adriana internaliza esta sensación de desprotección y abandono, aprendiendo a desconfiar de su propio interior porque allí es donde percibe predominantemente a los objetos idealmente malos. Y es por ello que la tristeza, la sensación de vacío vital y el descenso de la propia estima, caracterizan el discurso de Adriana. Desconfía de su cuerpo, como si él le fuera a jugar una mala pasada, sin comprender por cierto que su cuerpo hablaba del dolor, su abandono, su pena desde sus primeros meses de vida.

Por otro lado Adriana establece una segunda matriz, la escisión mente-cuerpo-afecto, por lo que su tristeza queda relegada, la rabia no expresada, el miedo no reconocido, el abandono no sufrido. El cuerpo es con lo que contamos a partir de nuestra gestación, es en nuestro cuerpo donde inscribe la historia y también desde donde aparecen las defensas. Los mecanismos reparatorios de Adriana son precisamente éstos, en donde su Yo presta especial atención a su mente, desvalorizando la información procedente del cuerpo, tanto así que Adriana tenía dificultades para poder conectar lo que le ocurría a su cuerpo y lo que sentía o lo que le pasaba, depositando finalmente la defensa en el cuerpo, dificultando su capacidad de sentir y unir la triada psicodramática.

A lo largo de su proceso terapéutico, nuestra paciente comienza a lograr tranquilidad, el dolor disminuye, nos referimos al dolor físico y al espiritual, Adriana logra ir mejorando de su dolor de estómago, logra alimentarse más días de la semana, así como logra reconciliar algunos dolores de su vida, como por ejemplo comprender la relación con su hija. Por otro lado mirar su sensación de soledad, de niña, sensación de desprotección que tuvo toda su vida, tanto que así que su aprendizaje siempre fue: “aprendí a cuidarme” como si siempre hubiese sido esa niña desprotegida que debía cuidarse sola de la vida.

Pareciera ser que Adriana también pudo digerir un poco mejor lo que le ocurría. Si hacemos un paralelo con la comida, siempre hubo algo de cuidado con lo que entraba en su cuerpo, por ejemplo cuando le subía el colesterol, ella aprendió a cuidarse de la comida, y, luego de su operación, su cuerpo no obedecía sus órdenes, como si hubiera decidido no comer, como si hubiese decidido la inanición, como una nueva forma de protegerse, pero a su vez de autoagredirse. En el último tiempo pudo comer, su cuerpo fue bajando la defensa, decidiendo disfrutar, queriendo estar mejor. Pero no estar mejor necesariamente para continuar, sino que estar mejor para partir, para descansar, para dar paso al cuerpo para ejecutar la orden dada a los 36 años.

Creemos, que Adriana, en la medida que fue dejando el dolor emocional, soltando su proceso terapéutico, también fue soltando sus defensas corporales, para dar paso a la tranquilidad:

“Ella murió estando conmigo en la pieza. Murió bien, se la veía muy tranquila, ella me decía que estaba tranquila y nos decíamos lo mucho que nos queríamos. Así entonces, cerró los ojos y comenzó a respirar, cada vez más lento, más lento, hasta que dejó de respirar. Murió en mi presencia, mientras yo le tomaba la mano”.

Nos preguntamos en relación a esto, ¿qué habría pasado si el dolor emocional no se hubiese curado? Quizás habría muerto con dolor. Fue cáncer o no, es una incógnita que no resolveremos, su hijo afirma que no, pero sabemos que puede haber sido, y desde ahí la

creencia que nuestra paciente logró soltar sus dolores, no hubo dolor en su muerte, hasta si hubiese sido cáncer, éste no le provocó el dolor que para cualquiera hubiese sido, cualquiera que no hubiese hecho los pasos de Adriana al reconciliarse con su cuerpo.

Desde este punto es que pensamos en el aporte que nuestra disciplina puede entregar al Programa del Dolor de los establecimientos públicos de salud, cuyo objetivo es *Ayudar a morir mejor*, cuán importante puede ser en este proceso de pacientes y familias que viven el dolor de una enfermedad terminal, recibir la ayuda para que ambos, paciente y familia puedan soltar el dolor emocional, para dar el paso al *encuentro* con la muerte. Nuestra propuesta sostiene entonces una mejoría en la calidad de vida del paciente.

No podemos pensar en que Adriana de alguna forma esperaba este *encuentro*, nos referimos a este encuentro narrado por Bubber, el encuentro yo – tú. Todos nosotros hablamos de la muerte desde un yo – ello, desde la lejanía, desde la distancia, desde el intelecto, desde eso que no queremos mirar, pero que es irremediablemente cercano, para todos y cada uno de los mortales. Para nuestra paciente este encuentro fue un yo – tú, de alguna forma decidido y conversado en otro momento de la vida.

Miramos también las pautas transgeneracionales en la vida de Adriana. Ella, única hija de una hija única (pareciera ser un juego de palabras pero no lo es), a ambas la vida las enfrentó a la soledad de la crianza, y precisamente con una hija. Su madre, quedó sola en la crianza a meses de su nacimiento, y Adriana fue dejada por su pareja cuando ella anidaba justamente a una hija, Jessica. Nuestra paciente pudo comprender en parte la importancia de haber anidado a una mujer y el cómo fue difícil, tanto para ella, como para su madre enfrentar esta maternidad en solitario. En la medida que puede reconciliarse y comprender la hostilidad de su hija hacia ella, es que también logra reconciliarse con su propia madre, desde este rol de ser madre de una mujer.

Desde este sitio que nombramos es que no podemos dejar de pensar en la gran tarea que enfrenta Jessica, hija de Adriana, quien ha tenido una única hija, nieta de Adriana. Nos referimos a la tarea de criar, a la tarea de ser madre de una mujer. Sin duda que ya existen pautas relacionales que pudieron ser vencidas, como el hecho por ejemplo de que Jessica no

se encuentra sola en su crianza sino que acompañada de su marido. Creemos que de alguna manera Adriana rompió con esta pauta relacional que heredó de su madre, al hacerse cargo de su hija en el vientre, cuando ayudada por su abuelo decide no matarse y estar presente para verla crecer y convertirse en mujer. Por eso es que postulamos que existe una mejoría en los patrones vinculares, partiendo desde ella con su hija, y luego su hijo con su hijo y su hija con su hija.

Queremos terminar con lo que comenzamos estas conclusiones, este encuentro que tenemos con la muerte, recordando a Griselda, paciente de nuestra tesis de grado, quien falleció luego de una recaída de su cáncer, frente al que podría haber luchado, existía una salida, que significaba el sacrificio nuevamente con dolor y lo que implica la quimioterapia, Griselda dijo no, era el minuto de descansar, de partir, de despedirse, Griselda había vivido junto a nosotros y otras pacientes como ella el encuentro con un proceso de ayuda, de reconciliación con su vida y con este cuerpo que padecía esta enfermedad. Sintió que su tarea en este mundo estaba cumplida y le pidió a los suyos que la dejaran partir, ella ya estaba bien y necesitaba descansar.

Adriana nos muestra esta misma realidad, la importancia de reconciliarse con la vida, para ayudarse a partir con tranquilidad. Desde ahí agradecemos profundamente este regalo de Adriana, que en un minuto vimos con inquietud, paralizados, frente a la pregunta ¿habremos hecho algo por acelerar este proceso?, ¿habremos hecho daño?, cuestionamientos que vivimos con angustia, pero que luego se fueron disipando y ordenando en nuestras personas.

A la hora del cierre, nos quedan muchos legados, muchos aprendizajes, demasiadas integraciones catárticas.

La señora Adriana ha sido producto y productora de su propia biografía, ella ha sido finalmente quien ha podido terminar de construir su historia, poniéndole un sello personal y característico a la luz de lo que le fue ocurriendo en su vida.

Sostenemos en este caso que el dolor es un afecto, un afecto que a nosotros nos sirve pensar que se deposita en el cuerpo. Sabemos también que es imposible la elaboración de un duelo sin el atravesamiento por el dolor, dolor en este caso en el campo de lo simbólico. El dolor así entendido puede entonces ser del alma o del cuerpo, pero que finalmente atraviesan lo más importante: al propio sujeto. En el caso de la señora Adriana, estas dos esferas de su vida finalmente pudieron conciliarse, para así partir en paz.

El significado que ella le otorgó a sus vivencias dolorosas expresadas a través de su cuerpo, sin duda que fueron afectadas por la relación terapeuta – paciente, en la que ambos actores de ésta díada nos fuimos tiñendo del vínculo que se fue construyendo. No se puede conocer sin ser afectado, conmovido, transformado. Ambos aprendimos y entendimos, ambos nos maravillamos y nos asustamos, ambos finalmente nos quedamos cómodos.

Queremos terminar entonces con un poema, que habla de la posibilidad del encuentro, este encuentro de la madre con la hija, del terapeuta con su paciente, de la vida con la muerte.

UN ENCUENTRO DE DOS:  
OJO A OJO, CARA A CARA  
Y CUANDO ESTÉS CERCA  
ARRANCARÉ TUS OJOS  
Y LOS PONDRÉ EN LUGAR DE LOS MÍOS  
Y TÚ ARRANCARÁS MIS OJOS  
Y LOS PONDRÁS EN LUGAR DE LOS TUYOS,  
ENTONCES TE MIRARÉ CON TUS OJOS  
Y TÚ ME MIRARÁS CON LOS MÍOS

J.L. MORENO

## VII. BIBLIOGRAFIA

1. Rojas Bermudez, Jaime. *Qué es el Psicodrama*, capítulo 1, 5.
2. Kesselman, Pavlovsky, Frydlewsky. *Clínica Grupal 2*, psicopatología vincular (Hernan Kesselman).
3. Buchbinder, Mario. *Poética del desenmascaramiento*, capítulo 3.
4. Matoso, Elina. *El cuerpo, territorio escénico*, capítulos 3,4.
5. Sanchez, María Elena. *El Yo y el Nosotros*, pág. 116-181.
6. Pichon Rivière, Enrique. *Teoría del vínculo*, capítulos 1,2,5.
7. Buchbinder, Mario; Matoso, Elina. Las máscaras de las máscaras pág, 29, 61, 86, 124.
8. Dethlefsen, Thorwald; Dahlke, Rüdiger. *La enfermedad como camino*.
9. Reyes, Gloria. *Psicodrama, paradigma, teoría y método*.
10. CIE 10. *Manual de diagnóstico clínico*.
11. McDougall, 1978; Liberman y otros, 1993; Otero y Rodado, 2004, en Google, Internet.
12. Diplomado en Promoción de la Salud, INTA, 2002. Manual para el estudiante.

## 13. ANEXOS