

**Universidad  
del  
Aconcagua**

**Facultad de Psicología**

**“Experiencias locales de teatro con pacientes con Trastornos  
Mentales Graves y su relación con la dramaterapia.”**

Tesina presentada para obtener el título de Licenciatura en Psicología

CARLOS MATÍAS BUSTOS  
Director: LIC. M. BEATRIZ SABAH  
MENDOZA, AGOSTO, 2015.

## **HOJA DE EVALUACIÓN**

### **TRIBUNAL:**

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Lic. M. Beatriz Sabah

Nota:

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer en primer lugar a mi madre, por darme la vida, darme el don de querer ayudar a los demás, y que confió en mí y me apoyó desde el momento en que elegí la carrera.

Agradezco a mi hermano, que más allá de todo siempre se sintió orgulloso de mí y me brindó su afecto y su silencio, cuando así lo necesité

A mi padre, que nunca creyó que fuera a terminar la carrera, convencido que no era para mí. Eso me dio más fuerzas para seguir adelante.

A mi esposa y a mi hija, que me aman todos los días y me dan la oportunidad de amar y encontrarle un sentido al esfuerzo de todos los días.

A los amigos que me han escuchado y prestado un hombro cuando estuve mal, y que me empujaron para adelante, cuando me hacía falta.

A mi directora de tesis que supo insistirme cuando fue necesario.

Al doctor Torres-Godoy, que a pesar de lo que representa, se tomó la molestia de responder mi entrevista.

A Carolina Duarte, que hizo un espacio en su agitada agenda para colaborar con mi trabajo.

A Elena Schnell, quien me ofreció su ayuda completamente desinteresada, me abrió las puertas de sus talleres y me “prestó” a sus alumnos para mi trabajo.

A todo el equipo de arteterapia y hospital de día del Hospital Escuela de Salud Mental Dr. Carlos Pereyra, por su cálida recepción y amable trato.

Al licenciado Ahumada, que a último momento me enderezó las cargas y me permitió redondear el trabajo.

## **RESUMEN**

La dramaterapia es una disciplina arteterapéutica muy poco difundida en nuestro país, que se viene desarrollando y creciendo principalmente en Europa y Estados Unidos, con una relativamente reciente inclusión en América Latina. El presente trabajo tuvo por objetivo describir la dramaterapia como método de investigación e intervención psicosocial y su relación con prácticas locales de teatro con pacientes que padecen Trastornos Mentales Graves. A través de entrevistas se exploró, por un lado, la visión particular del Dr. Pedro Torres Godoy sobre la práctica de la dramaterapia en Latinoamérica; por otro lado, las experiencias de dos profesionales del teatro que trabajan en contextos de salud mental en Mendoza; y finalmente, las vivencias particulares de dos grupos de pacientes atendidos en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra. Un grupo de pacientes internados que realizaban la actividad por primera vez, y un grupo de pacientes ambulatorios que llevaban más de seis meses realizando la actividad. Por último, una observación de los talleres dictados en dicha institución, permitió tener una visión acabada de la metodología de trabajo implementada. A partir de este trabajo se pudo concluir que las prácticas locales de teatro en contextos de salud mental no tienen una orientación clara hacia lo terapéutico y, si bien, reúnen muchas de las características de la dramaterapia, la falta de formación psicoterapéutica limita las posibilidades de la experiencia.

Palabras clave: Dramaterapia – arteterapia – teatro terapéutico – trastornos mentales graves – teatro – salud mental.

## **ABSTRACT**

Drama therapy is a very little known art therapy discipline in our country, which has been developing and growing mainly in Europe and the United States, with a relatively recent inclusion in Latin America. This study aimed to describe the drama therapy as a research method and psychosocial intervention and its relationship with local theater practices patients with Severe Mental Disorders. Through interviews explored the one hand, the particular vision of Dr. Pedro Torres Godoy on the practice of drama in Latin America; on the other hand, the experiences of two theater professionals working in mental health contexts in Mendoza; and finally, the particular experiences of two groups of patients treated at the Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra. A group of inpatients who performed the activity for the first time, and a group of outpatients who had more than six months doing the activity. Finally, an observation of the workshops held at the institution, allowed to have a finished work methodology implemented vision. From this study it was concluded that local theater practices in the context of mental health does not have a clear focus on the therapeutic and, although together many of the characteristics of drama, lack of psychotherapeutic training limits the scope for the experience.

Keywords: Drama - Art therapy - therapeutic theater - severe mental disorders - Theatre - mental health.

## **TABLA DE CONTENIDOS**

HOJA DE EVALUACIÓN.....	3
AGRADECIMIENTOS.....	4
RESUMEN.....	5
ÍNDICE.....	7
INTRODUCCIÓN.....	10
MARCO TEÓRICO.....	13
1. PRIMERA PARTE: BASES TEÓRICAS DE LA DRAMATERAPIA...	14
1.1. Antecedentes históricos.....	14
1.2. Definición.....	21
1.3. Teorías que sustentan la Dramaterapia.....	24
1.3.1. Teorías psicológicas.....	25
1.3.1.1. Teoría psicoanalítica.....	25
1.3.1.2. Teorías de Winnicott.....	28
1.3.1.3. Teoría junguiana.....	29
1.3.1.4. Enfoques fenomenológico y humanístico.....	33
1.3.1.5. Teorías sistémico-constructivistas.....	34
1.3.1.6. Teorías narrativas.....	38
1.3.2. Teorías antropológicas.....	39
1.3.2.1. Rituales.....	39
1.3.2.2. Los rituales terapéuticos.....	41
1.3.3. Teorías teatrales y de la acción.....	43
1.3.3.1. Teatro, juego, el personaje y la escena.....	43
1.3.3.2. Psicodrama, enacción y lo experiencial.....	48
1.3.3.3. El humor.....	50
1.3.3.4. Creatividad/estética.....	51
1.4. Dramaterapia y Psicodrama.....	53
1.5. Modelos teóricos de la Dramaterapia.....	59
1.5.1. Modelo Experimental de Dramaterapia.....	59
1.5.1.1. Evolución del desarrollo creativo.....	60
1.5.1.2. Procesos del modelo experimental.....	61
1.5.2. Modelo de Teatro Terapéutico.....	62
1.5.2.1. Objetivos terapéuticos.....	63
1.5.2.2. El proceso.....	63
1.5.3. Modelo Integrado en dramaterapia.....	65
1.5.3.1. El desarrollo de la sesión.....	67
1.5.4. Modelo de Personaje.....	70
1.5.5. Modelo antropológico – ritual.....	74
1.5.5.1. El alejamiento de los rituales.....	74
1.5.5.2. Los rituales teatrales.....	75
1.6. Metodología dramaterapéutica.....	77
1.6.1. Nociones generales.....	77
1.6.2. Instrumentos.....	78
1.6.3. Objetivos de la dramaterapia.....	79
1.6.4. Estructura de la dramaterapia.....	80

2. SEGUNDA PARTE: TRASTORNOS MENTALES GRAVES.....	84
2.1. Definición de trastorno mental grave.....	84
2.2. Duración de la enfermedad.....	86
2.3. Presencia de discapacidad.....	86
2.4. Problemas y necesidades.....	88
2.5. Conclusiones.....	91
3. TERCERA PARTE: EXPERIENCIAS DRAMATERAPÉUTICAS.....	92
3.1. Algunas investigaciones y experiencias dramaterapéuticas con pacientes con Trastornos Mentales Graves.....	92
3.1.1. Dramaterapia con grupos de rehabilitación.....	92
3.1.2. Dramaterapia con grupos de pacientes hospitalizados graves.....	93
3.1.3. Dramaterapia en el tratamiento de las emociones.....	95
3.2. Experiencias de Teatro Terapéutico en Instituciones Psiquiátricas Argentinas.....	97
3.2.1. Frente de artistas de Borda – Ciudad de Buenos Aires.....	98
3.2.2. Hospital Carlos Pereyra – Mendoza.....	10
0	
3.2.3. Servicio de Rehabilitación del Hospital El Sauce – Mendoza.....	10
3	
3.2.4. Grupo Arlequines de Sala 13, Hospital Dr. Julio C. Perrando – Chaco.....	10
4	
3.2.5. La recuperación del cuerpo y la palabra, Hospital Escuela de Salud Mental – San Luis.....	10
6	
3.2.6. Grupo de Teatro El Brote, Bariloche – Río Negro.....	10
8	
3.2.7. Conclusión.....	11
0	
APARTADO METODOLOGICO.....	11
2	
1. DELIMITACIÓN DE OBJETIVOS.....	11
3	
1.1. Objetivos Generales.....	11
3	
1.2. Objetivos Específicos.....	11
3	
2. MÉTODO.....	11
4	
2.1. Descripción general.....	11
4	
2.2. Diseño.....	11
4	
2.3. Tipo de investigación exploratorio.....	11
5	
2.4. Selección de las personas para la investigación.....	11
5	
2.5. Instrumento de recolección de datos.....	11



2.6. Procedimiento en el trabajo de campo.....	8
	12
2.7. Contexto institucional del trabajo de campo.....	1
	12
	3
PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	12
	6
1. ANÁLISIS DE DATOS.....	12
	7
1.1. Introducción.....	12
	7
1.2. Análisis de la entrevista a Pedro Torres Godoy.....	12
	8
1.3. Análisis de las entrevistas realizadas a Elena Schnell y Carolina Duarte.....	13
	2
1.4. Análisis de entrevistas a pacientes que participan por primera vez en los talleres.....	13
	9
1.5. Análisis de las entrevistas a pacientes que hace más de seis meses que están haciendo la actividad.....	14
	2
1.6. Análisis de las observaciones realizadas en los talleres de Arteterapia y Hospital de Día.....	14
	7
2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	15
	0
3. CONCLUSIONES.....	16
	1
3.1. Desarrollo de la dramaterapia en Latinoamérica según el Dr. Pedro Torres Godoy.....	16
	1
3.2. Talleres de Teatro en el contexto de Salud Mental según Elena Schnell y Carolina Duarte.....	16
	1
3.3. Metodología de trabajo de los talleres de teatro en el contexto de salud mental.....	16
	3
3.4. Vivencias particulares de los pacientes con trastornos mentales graves, que realizan los talleres de teatro en el hospital.....	16
	4
3.5. A partir de todo esto se puede concluir que.....	16
	6
REFERENCIAS.....	16
	9
ANEXOS.....	17
	1
ANEXO 1: Modelos de Entrevistas.....	17

	2
ANEXO 2: Entrevistas Respondidas por los especialistas.....	17
	7
ANEXO 3: Modelos de Consentimiento Informado.....	19
	4
ANEXO 4: Entrevistas Respondidas por los pacientes.....	19
	7
ANEXO 5: Observación de talleres de teatro.....	21
	4

## INTRODUCCIÓN

La dramaterapia es una disciplina que viene desarrollándose de forma constante desde sus orígenes de la mano de Sue Jennins por los años '70, hasta nuestros días, como terapia artística alternativa al psicodrama. El mayor crecimiento se ha podido registrar en Estados Unidos, Inglaterra, Israel y España; y en América Latina, en Chile, de la mano del psiquiatra, psicoterapeuta, psicodramatista y dramaterapeuta Pedro Torres-Godoy y su equipo de la Escuela de Dramaterapia de Santiago (EDRAS).

Si bien, en nuestro país, esta disciplina no está desarrollada, basta con mirar al interior de las instituciones terapéuticas, tanto públicas como privadas, para ver que la apuesta al teatro como recurso terapéutico aparece en casi todas ellas. Lo que estamos diciendo es que desde hace años, casi nadie duda del valor terapéutico del teatro en la atención de diversas patologías mentales. Lo que no muchos se han detenido a responder es ¿qué cura? ¿Cómo cura? ¿Por qué cura? ¿A quién cura y a quién no?, etc. Los estudios son aislados e insuficientes, no se cuenta con un marco teórico conceptual que los sostenga y contenga. De allí la necesidad de presentar la dramaterapia como encuadre para todas estas prácticas dispersas, en un intento de amalgamar dichas experiencias.

Consientes que las experiencias de teatro “terapéutico” difundidas, en general nacen desde el teatro y no desde la psicología, es que elegimos esta disciplina, ya que cimienta sus raíces en el teatro y en sus recursos. Esto, a diferencia del psicodrama, el cual se basa exclusivamente en las teorías y técnicas desarrolladas por Jacob Moreno.

La intención de este trabajo es sentar precedentes que den lugar a futuras investigaciones en relación a la dramaterapia y sus diferentes aplicaciones,

entendiendo que su desarrollo a nivel internacional en cuanto a investigaciones y casuística podría realizar importantísimos aportes teóricos y pragmáticos.

Este trabajo propone mostrar la sincronicidad que existe entre el teatro y la psicología al momento de encontrar alternativas a la psicoterapia, promoviendo el desarrollo de la creatividad, el crecimiento individual, la participación social y la intervención grupal-comunitaria; y que permitan entender la salud como un todo armónico, con una toma de distancia re-ordenadora y re-estructurante, propia de los procesos de creación artísticos.

Nos focalizaremos particularmente en el abordaje de pacientes con trastornos mentales graves, ya que un gran número de estas experiencias antes mencionadas, se dan en centros de internación aguda y/o crónica, con este tipo de pacientes.

Para conocer mejor sobre esta actividad y su desarrollo local, se tomará la palabra en primera persona, del pionero de la dramaterapia en Latinoamérica, el doctor Torres-Godoy; y de dos referentes locales, Elena Schnell, profesora de teatro con más de 15 años de experiencia en el Hospital Escuela de Salud Mental Carlos Pereira, y Carolina Duarte, profesora de teatro, payamédica, coordinadora de los talleres de teatro del Centro Infanto Juvenil de Salud Mental de Rodeo del Medio.

La investigación, por su parte, se insertará en el corazón de una experiencia local de teatro en un hospital de salud mental, en el dispositivo de arteterapia con pacientes internados y en el hospital de día para pacientes ambulatorios. Allí se recopilará las experiencias y vivencias de sus participantes en entrevistas a aquellos que hacen el taller por primera vez, y aquellos que hace más de seis meses que realizan la actividad. De este modo podremos tener una mirada de la primera impresión

que causan estos talleres y de los efectos a mediano plazo que los pacientes-participantes perciben en sí mismos.

Este trabajo está conformado por un Marco Teórico, un Apartado Metodológico y, por último, la Presentación y Discusión de Resultados.

El Marco Teórico está organizada en tres partes. La primera parte define las bases teóricas de la dramaterapia, sus antecedentes, su historia, su definición y metodología. La segunda parte resume las características principales que permiten el diagnóstico de las personas con trastornos mentales graves y sus necesidades y deficiencias. La tercera parte relata experiencias e investigaciones nacionales e internacionales donde el teatro terapéutico y la dramaterapia son el objeto principal.

El Apartado Metodológico describe el tipo de estudio que realizaremos, las características de la población seleccionada, los instrumentos de recopilación de datos, y una descripción de los dispositivos donde se intervino, en el Hospital Carlos Pereira.

En la Presentación y Discusión de Resultados, se hará un análisis de las entrevistas realizadas, primero a Torres-Godoy, luego a Schnell y Duarte, posteriormente a los pacientes de los talleres; por último se analizarán las observaciones realizadas a los pacientes durante los talleres evaluados. De este análisis derivarán las conclusiones que se describirán al final.

Para finalizar, en el Anexo, por su parte, se presentarán las entrevistas completas, modelo de consentimiento informado y otra información útil.

# **MARCO TEÓRICO**

## **1. PRIMERA PARTE: BASES TEÓRICAS DE LA DRAMATERAPIA**

### **1.1. Antecedentes Históricos**

Para poder hablar del desarrollo histórico que dio lugar al surgimiento de la dramaterapia, debemos reconstruir por un lado los avances de la psiquiatría y las terapias de grupo, y por otro, del teatro como proceso de investigación y transformación.

Comenzaremos por decir que la psiquiatría en su evolución a través de los años experimentó tres grandes momentos que marcaron hito en la historia de la disciplina, según afirma Filgueira en su “Introducción a la terapia de grupos y psicodrama”: la creación del primer manicomio de caridad en 1409; el surgimiento del psicoanálisis a fines del siglo XIX; y la era de los grupos que privilegiaría al grupo por sobre el individuo y luego, la acción sobre la palabra (Filgueira Bouza, 2009).

Las diferencias entre la psicología individual y la psicología grupal se expresa, además de en el objeto, en su origen; siendo la primera de origen médico y la segunda de origen religioso; un método que, a diferencia del psicoanalítico individual con un único creador y numerosos seguidores, se desarrolló simultáneamente por múltiples aportes desde diversos lugares del mundo. La psicología grupal, no se limita a buscar el insight, sino que va más allá dando lugar al encuentro y la catarsis, la exploración, el entrenamiento, y el re-aprendizaje de roles.

La metodología es totalmente innovadora y da lugar a numerosas técnicas que persiguen diversos objetivos y finalidades dependiendo del marco teórico del que provengan.

Remontándonos en la historia y los antepasados lejanos de nuestra civilización, podremos encontrar en los primitivos ritos chamánicos los orígenes más

antiguos de los efectos terapéuticos en procesos grupales. Las escenificaciones dedicadas a la naturaleza o a los dioses, en las que un mago o brujo dirigía la ceremonia, y todo el grupo participaba, permitía a los miembros tribales, tratar sus males y liberarse de sus pesares. También en el antiguo teatro griego, se puede reconocer un “efecto catártico sobre el auditorio”, descrito así por el mismo Aristóteles; la Comedia del Arte italiana, etc. Aun cuando su finalidad era el entretenimiento, los efectos terapéuticos ya se vislumbraban.

El hombre es un ser gregario, con el impulso de agruparse en grupos sociales para poder satisfacer sus necesidades y sentirse bien, desde el momento en el que nace, durante todo su desarrollo y hasta su muerte. Es por ello, que la psicoterapia de grupos plantea que no se puede concebir ningún tipo de proceso, ni de aprendizaje, ni terapéutico completo, que no respete el entorno natural en el que se mueve el sujeto y que es la situación de relación, el grupo. Los procesos de aprendizaje, modificación de conducta, adaptación y ajuste al medio, tienen un espacio regio para su abordaje en el contexto grupal, ya que aquí se puede ver el desenvolvimiento real del sujeto, su comportamiento e interacción; y los resultados obtenidos se pueden trasladar de forma más directa del ámbito terapéutico, al cotidiano, de la vida real del sujeto.

Ya desde sus comienzos Jacob Moreno, padre de la terapia de grupos y creador del psicodrama, sostenía estas premisas en sus trabajos en Viena entre los años 1908 y 1917 con niños, prostitutas y refugiados de guerra, asegura Marisol Filgueira en el mismo capítulo (Filgueira Bouza, 2009). Luego, entre 1921 y 1925 dirigió un grupo de actores en sesiones de teatro improvisado con la participación del público. En 1925 se trasladaría a los Estados Unidos donde continuó trabajando con



delincuentes y presos, y usaría este material para el desarrollo de la Teoría Psicodramática, el Psicodrama Clínico y la Sociometría Científica.

Otro autor destacado fue K. Lewin quien acuñó el término Dinámica de Grupos en 1946, cuando realizó junto a otros investigadores, en el Instituto de Tecnología de Massachussets, sus primeros trabajos con grupos. Sus estudios acerca de los fenómenos grupales lo llevaron a desarrollar su teoría sobre la Dinámica de Grupos y los grupos de entrenamiento en habilidades básicas (T-Groups).

Rice y Bion, por su parte, dirigieron una experiencia en grupos de formación, "Grupos de Estudio", entre los años 1945 y 1957. Sus experiencias tenían un marco psicoanalítico y su régimen de trabajo era con personas internadas (Filgueira Bouza, 2009).

Por otro lado, en la Universidad de Chicago, Carl Rogers, realizó una serie de experiencias (1947-1948) para la formación de consejeros a través de procesos grupales de autoconocimiento y aprendizaje interrelacional. A Rogers le interesaban los aspectos emocionales de la conducta fundamentalmente, dando lugar así a la formación de Grupos para el desarrollo personal. También creó, en consonancia con algunos conceptos de Moreno, los "Grupos de Encuentro", en este contexto la dinámica de grupos se redefine resaltando la cualidad de personas actuando en conjunto, pudiendo romper sus barreras para así dar lugar a la comprensión que sólo puede darse en el encuentro con el otro, de manera auténtica, y atravesando vivencias profundas en la búsqueda de la maduración personal, desde un lugar de aceptación, respeto y libertad.

Filgueira Bouza (2009) completa su recorrido con F. Perls, precursor de la Psicoterapia Gestalt, realizó en 1963 un curso de experiencias grupales con el fin de poner en acción los principios de la filosofía humanista. La ideología dominante

tenía que ver con la plena espontaneidad, la liberación de los esquemas sociales, la comunicación verdadera y profunda con uno mismo y con los demás. En este tipo de grupos el proceso pasa, no tanto por mejorar su funcionamiento o desarrollar algunas habilidades, sino más bien por la búsqueda de identidad.

El teatro tuvo su propio desarrollo. Los rituales y prácticas curativas existentes en todas las culturas del mundo, creaban a través de la ficción, y de la dramatización una atmósfera mágico-religiosa en comunicación con lo divino, que estimulaba la expresión emotiva del paciente. Aristóteles en su “poética” se refiere a la tragedia como una acción que provocaría la purificación y la catarsis, tanto de los espectadores de la representación teatral, como del propio actor en su creación artística. A partir de los comienzos del siglo XX el teatro sufre una revolución causada por las grandes figuras, que transformaron y provocaron abrir las puertas a la moderna dramaterapia. Copeau, Brech, y Pirandello criticaron la dependencia literaria del teatro, preconizando la improvisación y la participación activa de los espectadores. Dussane, Jovet, Stanislavsky y Artaud renuevan la concepción del papel, mostrando que la personalidad del actor es fundamental en el papel a desempeñar (Martinez, 2013).

Bertolt Brech (1898-1956), alemán, se resiste al naturalismo psicológico y pone su atención en el desarrollo de las técnicas puramente teatrales que en sí mismas van a influir en la dramaterapia, en los procesos de identificación con los papeles desempeñados y con el uso del “distanciamiento”, y con otros recursos escénicos como son la utilización de carteles, marionetas, etc.

Para Stanislavsky, el eje del trabajo del actor es ir de lo consciente a lo inconsciente. La emoción se ubica en el inconsciente, sus apariciones son explosivas e involuntarias. Sin embargo, para acceder a esa “perla”, el actor debe desarrollar una

técnica consciente: el método de las acciones físicas. “La pequeña verdad de las acciones físicas pone en movimiento a la gran verdad de los pensamientos, las emociones y las experiencias”:

1º- La memoria emotiva

2º- El método de las acciones físicas (MAF). La clave de las acciones físicas está en el proceso del cuerpo. Las acciones físicas son un método, es decir, una práctica que postula los siguientes enunciados básicos:

1- Los sentimientos no dependen de nuestra voluntad.

2- El actor debe desplazar su atención a lo que hay que hacer, esto sí depende de su voluntad.

3- El personaje fuera del accionar del actor es sólo un conjunto de palabras. En realidad, el personaje es lo que el actor hace.

4- Primero la experiencia física y después la emoción. La emoción es el resultado de la acción (Martinez, 2013).

Antonin Artaud (1896-1948) basó su concepción teatral en teorías psicodinámicas del inconsciente, de sugestión, y de percepción mental del cuerpo, de sus posiciones y movimientos, de la expresión de las emociones a través del gesto y de la comunicación no verbal (Martinez, 2013).

Brenda Meldrum menciona en el primer capítulo del Manual de Dramaterapia (Meldrum, 2006b), que la dramaterapia surge del teatro dentro del campo de la educación y de los grupos de terapia artística, durante los primeros años de la década del '60 en Gran Bretaña y Europa Continental. Numerosos profesionales de las artes dramáticas, principalmente, en distintos campos de aplicación, contribuyeron con

sus trabajos en lo que después se definiría como Dramaterapia. Entre los avances que se dieron podemos mencionar:

Peter Slade, uno de los pioneros, trabajaba con niños, animándolos a expresarse por medio del drama y señalaba a los adultos como coartadores de la concentración y la creatividad de los más pequeños.

Peter Brook, por su parte, experimentaba con “el teatro de la crueldad” de Artaud, entre otras formas teatrales.

Jersey Grotowski, en Polonia, trabajaba en “laboratorios de teatro”, donde el proceso de los actores era una forma de análisis, una terapia para ellos y los espectadores.

Dorothy Heathcote, comenzó a experimentar en el campo de la educación introduciendo el drama en la búsqueda de conocimiento. Su aporte en esta área fue la de romper con la distancia docente-alumno y pasar a formar parte de la obra tomando un papel en el drama (Jennings et al., 2006).

Por otra parte, algunos grupos teatrales comenzaron a actuar en los hospitales con la firme convicción de que el teatro permitiría aliviar el sufrimiento o al menos distraer de ellos a los pacientes allí internados. Muy pronto se comprobó que los efectos identificatorios y de catarsis producían un verdadero alivio en el padecimiento de los pacientes. De allí evolucionó en poco tiempo lo que después se conocería como dramaterapia, donde los pacientes ya no eran espectadores, sino que se convertirían en actores, “curándose” a sí mismos a través de sus propias dramatizaciones (Jennings, et al., 2006).

Todos los trabajos realizados durante esta época influenciaron a Sue Jennings que, utilizando recursos extraídos del drama aplicado a la educación y la

clínica, formó el “Grupo de Drama Correctivo”. Este trabajo lo desarrolló en el “Centro de Drama Correctivo de Holloway Road” en Londres, que en 1970 cambió su nombre a “Centro de Dramaterapia”. Ya en 1977 la dramaterapia se había hecho conocida dentro del mundo de las terapias artísticas y como alternativa para el psicodrama. En pocos años se abrieron nuevos grupos, que además de ofrecer supervisiones, consultorías y atenciones a niños y adultos, generaron capacitaciones y especializaciones; expandiéndose hacia los Estados Unidos (American National Association for Dramatherapy en 1979), España y, en Latinoamérica, en Chile de la mano del Dr. Pedro Torres Godoy, fundador de EDRAS en 1992 (Torres-Godoy, 2012a).

El Dr. Torres y un equipo de especialistas en el campo de la dramaterapia, ofrecen desde hace años atención clínica individual, parejas, familias, grupos, infanto-juvenil, adultos y tercera edad; hipnosis médica y psicoterapéutica; formación tutorial y certificación en psicodrama para psicólogos, profesionales de salud mental y equipos multidisciplinarios, formación tutorial y certificación en dramaterapia; intervenciones grupales, institucionales, empresariales y comunitarias; intervenciones grupales especializadas para el fomento del autocuidado de equipos de salud e instituciones (prevención y tratamiento de síndromes profesionales tales como quemadura profesional y trauma vicario); talleres temáticos (“Revisitando el Psicodrama clásico o moreniano”, “Introducción a la dramaterapia”, “Focusing y psicodrama”, “Mindfulness y psicodrama”, “Avances en Dramaterapia”); y el dictado del Diplomado de Dramaterapia: Fundamentos y Prácticas, abalado y certificado por la Universidad de Chile (Torres-Godoy, 2012b)

## 1.2. Definición

Sue Jennings en su Manual de Dramaterapia propone comenzar a definir dramaterapia por los dos conceptos que la forman, a saber “drama” y “terapia” (Jennings et al., 2006).

Drama en términos generales, es definida como “una composición en prosa o en verso, adaptada para ser actuada en un escenario, en la que se resalta una historia por medio del diálogo y de la acción y que es acompañada de ademanes, vestimenta y paisaje, tal como en la vida real”. (Meldrum, 2006b, p.25). Sin embargo el drama, para ser tal, sólo necesita de las personas en acción (física y/o verbal) para la representación de una historia, todos los demás componentes son anexos y prescindibles. Lo que sí es irreductible es el “los otros”, involucrados en el drama, los otros actores, los otros espectadores, esto es lo que lo hace esencialmente social con todo lo que ello implica en cuanto a las presiones y las recompensas que el grupo ofrece.

El drama, al brindarle al actor la oportunidad de sentir que es una persona viviente dentro del papel que representa, le permite tener una perspectiva ante él que le posibilita representar acciones complejas, expresar pensamientos íntegros como si fuera otro distinto del que es; facilitando una separación del yo y el no-yo dentro de un tiempo y un espacio particular. Afirman Cornejo y Brik Levy que el drama es un arte esencialmente social ya que invoca la capacidad del ser humano de empatizar e identificarse con los otros (Cornejo & Brik Levy, 2003).

Podemos afirmar entonces que “el drama es un encuentro social en un tiempo especial y en un espacio especial. Los actores y los espectadores se mueven entre el tiempo real y el imaginario, desde una realidad existencial y una dramática”. (Meldrum, 2006b, p. 26).

Lo que hace el actor cuando representa y el niño cuando juega, se mueve en un plano que ocurre a la vez en un tiempo real, pero también en un tiempo imaginario. La distancia dramática que aquí se establece, permite a actores y espectadores saltar de ida y vuelta entre los planos subjetivos y objetivos.

A su vez el drama también provee un acceso a la experiencia de los estados preverbales y es un modo óptimo de acceder a los recónditos espacios de la mente y sus riquezas. Permite que el inconsciente aflore y el plano simbólico emerja sin los bloqueos de la vida cotidiana.

Por otro lado, el término terapia deriva del griego y significa “sanación”. Dice Meldrum en el Manual de Dramaterapia que

“el objetivo principal de la terapia es aplacar el sufrimiento. Tiene una naturaleza interpersonal, bien sea trabajo con un paciente o con un grupo. [...] no es sólo una catarsis emocional. Es una experiencia tanto emocional como cognitiva. El paciente trata de entender la implicación y las emociones adjuntas a la experiencia, y este proceso tiene una relevancia directa en su experiencia existencial en el aquí y ahora” (Meldrum, 2006a, p. 27)

Cabe destacar aquí que cuando hablamos de terapia, no lo hacemos en términos generales, sino que hablamos específicamente de la psicoterapia, la que se podría definir como la sanación de la mente si nos limitamos al significado estricto del término. A lo que Meldrum (2006a), agrega: “es un proceso en el que se permite que el paciente haga por sí mismo lo que no puede lograr solo. El terapeuta no lo hace por él,

pero el paciente no lo puede hacer sin el terapeuta” (p. 30). Este último asume el rol de facilitador que ayuda a la persona a actuar en una relación dinámica y dialéctica.

Entonces, ¿qué es dramaterapia? Numerosas conceptualizaciones intentan definirla, pero todas ellas concuerdan con que lo creativo y lo expresivo es lo más destacado, permitiendo que, a través de estructuras dramáticas, se puedan expresar emociones en forma no verbal y en forma simbólica, en contraposición a las psicoterapias orales.

En 1979, la Asociación Británica de Dramaterapeutas (BADth) definiría dramaterapia como:

Un método para ayudar a la comprensión y alivio de problemas sociales y psicológicos, enfermedades mentales y sus secuelas; facilitando la expresión simbólica, a través de la que el hombre pueda entrar en contacto consigo mismo, ambos como individuo y como grupo, por medio de estructuras creativas que involucran la comunicación vocal y física (citado por Torres-Godoy, 2001, p. 17)

Read Johnson citado por Meldrum (2006), formuló una definición que a criterios de algunos autores, es la más utilizada por los profesionales, a saber:

La dramaterapia, al igual que las demás terapias artísticas creativas (arte, música y danza), es la aplicación del medio creativo a la psicoterapia específicamente, la dramaterapia se refiere a aquellas actividades en la que se establece un entendimiento terapéutico entre el paciente y el terapeuta, y donde los objetivos terapéuticos son primarios y no incidentales para la actividad en desarrollo (p. 30)

En 1991, la BADth realizó una rectificación de la definición original, quedando del siguiente modo:



“Es el uso intencional (planeado) de los aspectos curativos del drama en el proceso terapéutico”. (Torres-Godoy, 2001, p. 17)

Luego, Jennings en 1992, se refirió en términos similares, haciendo hincapié en que la aplicación del drama debe tener una intención manifiesta en la terapia (Jennings et al., 2006)

En esta definición la autora deja ver claramente su modelo teatral para la dramaterapia, donde no concibe a los dramaterapeutas como “psicoterapeutas” sino como artistas creativos dentro de una forma artística que renueva constantemente la creatividad del terapeuta y del paciente.

Sin embargo, Torres-Godoy, en Bases teóricas de la Dramaterapia, sube la apuesta y asegura que la dramaterapia en sentido amplio se define como terapia de acción, y es por esta razón que incluye a toda terapia, asistencia o facilitación de procesos psicológicos, sean estos, individuales, grupales, familiares, etc., que utilizan técnicas de acción. Se abre así un amplio abanico que va desde el teatro de la espontaneidad, el axiodrama y el psicodrama, hasta el teatro terapéutico, escenoterapia y narrativa, entre cientos de disciplinas más (Torres-Godoy & Lucero, 2012).

A pesar de ello, reconoce que en un sentido estricto y para salvaguardar la identidad disciplinar la dramaterapia debiera considerarse la definición de la BADth antes mencionada.

Más allá de todas las definiciones antes mencionadas, Meldrum, en un intento de hacer una síntesis habla de la dramaterapia como la sanación por medio del drama, donde los pacientes pueden recibir percepciones y explorar las emociones en un encuentro con los otros, y trabajando en un lugar especial, y en un tiempo tanto imaginario como real (Meldrum, 2006a).

### **1.3. Teorías que sustentan la Dramaterapia**

La dramaterapia es una disciplina que amalgama distintas teorías que provienen de la psicología, la antropología y el teatro. Claramente no se puede desarrollar aquí plenamente cada una de ellas, ya que por separado tienen una extensa historia y desarrollo, por lo que se intentará describir los principales conceptos que cada una de ellas aportan a la dramaterapia.

#### ***1.3.1. Teorías Psicológicas***

Desde la psicología los teóricos de la dramaterapia toman del psicoanálisis (Freud, Jung, Winnicott), los enfoques fenomenológicos y humanísticos de Roger y las propuestas más modernas, del paradigma sistémico constructivista (Cornejo & Brik Levy, 2003).

##### ***1.3.1.1. Teoría psicoanalítica.***

Hough (citado por Cornejo & Brik Levy, 2003) realizó en 1998 una síntesis de las ideas más importantes de la teoría freudiana, estas son:

##### **1. El rol del inconsciente:**

Freud desarrolló el concepto de inconsciente para describir el lugar donde se guardan todas las cosas que no admitimos y que rechazamos en nuestra conciencia. A lo que le sumó el postulado de que este inconsciente dominaba la conducta consciente a través de las emociones reprimidas, los recuerdos y las fantasías infantiles.

En dramaterapia se trabaja con dos mundos, dos realidades, lo que podría responder al consciente e inconsciente psicoanalítico. En términos artísticos el inconsciente se manifiesta a través del acto creativo.

## 2. La estructura de la personalidad:

Para el psicoanálisis freudiano la personalidad se componía de tres sistemas conectados: el yo, el ello y el superyó, éstas son estructuras que regulan la conducta de un individuo al interactuar entre sí.

El ello busca la gratificación inmediata sin poder distinguir entre deseo y realidad. El superyó, representa la autoridad, que externamente se la identifica en una primera etapa con los padres, para luego pasar a identificarse con la sociedad y la moral. Es una estructura reguladora que evalúa las acciones y le pone un freno al ello. El yo es la parte consciente, regula las conductas de sujeto tras la evaluación realista del mundo circundante, tiene la tarea de lograr un equilibrio entre las demandas del ello y el instinto, y las del mundo externo.

Naturalmente, la salud mental del individuo dependerá del balance que exista entre estas tres estructuras.

## 3. Las etapas psicosexuales:

Los niños desarrollan su madurez sexual atravesando estas etapas, a saber: 1) etapa oral, 2) etapa anal, 3) etapa fálica, 4) latencia, 5) etapa genital. Cada una de las cuales implica la consecución de ciertos logros psíquicos, y la posibilidad de desarrollar ciertas anormalidades si no se logra resolver satisfactoriamente.

## 4. Las experiencias infantiles:

El psicoanálisis le da gran importancia a las experiencias de la niñez y su influencia en la vida adulta.

La dramaterapia pone un importante acento en el cuento personal y la niñez, como así también en la experiencia emocional del pasado.

## 5. Los mecanismos de defensa:

Se definen así a los procesos psicológicos que permiten al sujeto protegerse de la angustia y las tensiones.

Estos pueden servir en la infancia pero se convierten en desadaptativos en la vida adulta, cuando éstos distorsionan la realidad y falsifican la experiencia. Para ello requieren mucha energía y vigilancia.

El dramaterapeuta se vale de la comprensión de las identificaciones y resistencias para descubrir cuáles son los sentimientos e insights que el paciente evita o distorsiona.

#### 6. La transferencia:

Se refiere a la reacción emocional del paciente que va dirigida hacia el terapeuta. Estas emociones tienen su raíz verdadera en la infancia y van dirigidas a los padres u otras personas significativas y no al terapeuta que sirve como depositario de estas.

La transferencia se establece en dramaterapia, no sólo con el terapeuta sino también con el medio creativo usado (rol, imagen, cuento, objeto, etc.) y con el grupo.

#### 7. El significado de los sueños:

Los sueños son el camino real al inconsciente, reflejan la realización de un deseo que no fue satisfecho y detrás de él hay un mensaje disfrazado o un significado que él ha llamado sueño o pensamiento latente.

Los integrantes de un proceso dramaterapéutico eligen un símbolo, un texto o un personaje para depositar en él aquellas partes suyas inconscientes, que lo conectan con sus emociones reprimidas.

#### 8. La asociación libre:

Es el método descrito por Sigmund Freud como la «regla fundamental», constitutiva de la técnica y que consiste en que el analizado exprese durante las sesiones, todas sus ocurrencias, ideas, imágenes, emociones, pensamientos, recuerdos o sentimientos, tal cual como se le presentan, sin ningún tipo de selección, sin restricción o filtro, aun cuando el material le parezca incoherente, impúdico, impertinente o desprovisto de interés. Se la usa en dramaterapia, de manera verbal y a través del medio creativo.

#### 9. La interpretación:

La interpretación es un instrumento que en principio tiene la finalidad de informar al paciente aspectos que el mismo desconoce de sí. La función primordial, es realizar una lectura de los aspectos inconscientes del paciente, y de esta manera ir en busca del insight, desde el hecho de hacer consciente lo inconsciente (Cornejo & Brik Levy, 2003).

##### 1.3.1.2. *Teorías de Winnicott*

Aportó el concepto de madre suficientemente buena. Con esto quería decir que la madre no necesitaba ser perfecta, sino sólo tener un vínculo sano con sus hijos, enfatizando la parte sana de la relación (el amor y el sostén emocional). Cuando la madre no logra cumplir el rol de sostén emocional, y no logra interpretar las necesidades de su hijo, se forma en el niño el núcleo del falso self. Éste actúa como una defensa del verdadero self al que protege sin reemplazarlo.

Para la dramaterapia este es uno de los roles primordiales del terapeuta, ayudando al individuo o grupo a integrar sus partes escindidas.

Winnicott también hablaba del espacio potencial. Es un espacio para ensayar posibilidades en donde se puede jugar, crear y crecer. El espacio potencial que brinda por ejemplo un cuento, nos permite explorar las relaciones entre lo que somos y no somos, entre el mundo interno y el mundo externo. Este espacio potencial es el espacio dramático donde el paciente puede explorar y experimentar diferentes formas de ser y comportarse, sin tener que pagar las consecuencias por sus actos.

El objeto transicional lo refiere al primer objeto del niño como una posesión que se encuentra en ese espacio intermedio entre yo y no yo. Este objeto desempeña el rol de mediador entre el mundo interno y el mundo externo, la fantasía y la realidad. Estos objetos los define la dramaterapia, como todos aquellos que sirven de estímulo y de sostén del contenido inconsciente, permitiéndole al sujeto exteriorizarlos por medios creativos (Cornejo & Brik Levy, 2003).

#### *1.3.1.3. Teoría junguiana*

Carl Gustav Jung, discípulo de Freud, que luego se abre del psicoanálisis clásico por no compartir algunos conceptos, hace una diferencia entre mente, de la que considera que sólo se refiere a lo consciente, y psiquis, la cual incluye componentes del consciente e inconsciente que se complementan y compensan el uno con el otro.

Los cimientos de esta psiquis son las emociones, las cuales funcionan a modo de puente entre la psiquis y el soma.

Algunos conceptos a destacar de su teoría son:

1. El inconsciente colectivo:

El inconsciente es una combinación de aspectos personales y transpersonales. El primero se refiere a los aspectos reprimidos de la vida de un individuo. El segundo, se encuentra a un nivel más profundo y tiene que ver con el inconsciente colectivo, el cual contienen las experiencias humanas que son infinitas, comunes y universales a todos los seres humanos, que se expresa a sí misma a través de mitos, cuentos de hadas y rituales religiosos.

La representación de temas universales que nos conectan a todos a través de un inconsciente colectivo, fundamenta el trabajo grupal y los procesos rituales de la dramaterapia, como así también el uso de cuentos y leyendas.

## 2. Arquetipos:

Es una forma particular de comportarse de cierta manera a la cual se tiende. Son patrones preformados que capacitan al individuo a percibir y comportarse de una manera particular. Son heredados, innatos e irrepresentables en sí mismos y se conectan con los instintos. Forman parte de un reservorio gigante de conocimientos con variaciones infinitas que se encuentran a la expectativa de ser realizados en la personalidad.

Es esencial que ciertos arquetipos se activen ya que pueden ser potencialmente positivos y negativos, dependiendo de la experiencia que tenga el sujeto, sobre todo en su primera infancia.

Como son fenómenos fuera de la conciencia, el individuo se siente preso de ese sentimiento global que lo posee, sin posibilidad de diferenciación.

Una conducta arquetípica es más evidente en tiempo de crisis, cuando el ego es más vulnerable.

Los arquetipos son, para Jung, a la vez imágenes y emociones (Cornejo & Brik Levy, 2003). Se manifiestan en el aquí y ahora de la realidad física de la mente consciente a través de un símbolo.

Cuentos de hadas, mitos y leyendas, entendidas como una representación del material arquetípico son permanentemente usados en los distintos modelos de dramaterapia.

### 3. Estructura de la personalidad:

El ego es la mente consciente que contiene las percepciones y concepciones del self y el mundo. Luego viene el inconsciente individual y por último el inconsciente colectivo con sus arquetipos. Las estructuras arquetípicas de la personalidad son femeninas y masculinas (anima y animus) pero el proceso de socialización en el que nos vemos inmersos hace que separemos los géneros, y por ello un hombre muestra a nivel consciente su masculinidad y su aspecto femenino lo relega al inconsciente.

“La persona” es la máscara, el rol que usamos en la relación con los otros. Lo malo es que la persona se identifique con su máscara o que crea que es solamente eso.

El Self es el núcleo de la personalidad, que contienen otras estructuras y provee unidad e integración a la personalidad. Personifica en una variedad de formas la cualidad del todo.

Cuando un paciente es inducido, en una sesión de dramaterapia, a escribir su propio cuento este describe la estructura de personalidad del sujeto, tal como la describe en sus diversos aspectos, Jung.

### 4. Símbolos:



Es la mejor manera de describir algo que es esencialmente indescriptible y no definible. Para Jung es la mejor y única representación del inconsciente y del contenido arquetípico a la que podemos acceder.

Los símbolos contienen gran cantidad de significados y estimulan el desarrollo de la consciencia.

El símbolo nace y se mantiene unido al arquetipo que le provee energía para sostenerse como tal. Por ello el símbolo tiene una parte consciente y otra inconsciente, hace de puente entre estas partes, y más aún, hace de puente entre la mente, el alma y el cuerpo a través de la creatividad y la imaginación.

Jung sugirió que es necesario para intervenir terapéuticamente sobre una emoción, dejar que emerja una imagen y luego interaccionar con esa imagen.

Los afectos ligados a los arquetipos, los símbolos y sus conexiones y significados, son material fundamental para el dramaterapeuta a la hora de organizar sus encuentros y obtener información de la producción de los participantes; como así también para saber qué hacer con dicha información.

#### 5. Imaginación activa y la amplificación

Es una técnica desarrollada por Jung para poder descubrir el significado de los sueños, imágenes y fantasías. Se buscaba a través de ella estimular la imaginación y el simbolismo valiéndose de la creatividad y el arte.

La imaginación activa lleva al individuo a tomar una acción en el mundo de la realidad objetiva. “Es una manera de mirar directamente hacia el inconsciente de nuestra vida interna mientras que se mantiene, como sea posible, nuestro consciente y sentido del self, y nuestra capacidad de acción informada y de ética” (Cornejo & Brik Levy, 2003, p. 50).

La dramaterapia funciona como un medio para desarrollar la imaginación activa, a través de sus recursos creativos, artísticos, de movimiento, trabajo con pequeños objetos, etc. Aquí la persona externaliza los cambios y vivencias más profundas e internos.

#### *1.3.1.4. Enfoques fenomenológico y humanístico*

Carl Rogers pone el acento en el hecho de que cada persona construye su futuro y su destino (Cornejo & Brik Levy, 2003). El potencial que le permite a la persona desarrollarse y superar los obstáculos a los que se ve enfrentado, son innatos y existen en todas las personas. Aunque a veces se ven opacados, olvidados o negados; siempre están allí pudiendo desarrollarse y crecer. Algunos conceptos principales:

##### 1. El self:

Se refiere al yo o al mí de cada persona. La personalidad se desarrolla según la interacción que relaciona al self con el medio y las otras personas. Según Rogers, el self tiene una percepción de sí mismo, la cual se va tiñendo por las evaluaciones y expectativas de las otras personas. Así, desde temprana edad, primero en relación con los padres, luego en las sucesivas interacciones a través de la vida, el self se va modelando.

Cuando se habla de self real u organísmico, se refiere a que hay algo esencial que nunca puede ser destruido, aun cuando el ambiente en el que se desarrolló haya sido muy traumático o negativo.

##### 2. Tendencia actualizante:

Es la necesidad humana de crecer, desarrollarse y alcanzar su potencial máximo. El desarrollo integral de todos los aspectos de la persona, a nivel físico, emocional, espiritual y creativo. De aquí deriva la idea de que los pacientes tienen los recursos necesarios para resolver en forma efectiva sus propios problemas.

### 3. Condiciones esenciales:

Se refieren a ciertas condiciones para que los pacientes puedan realizar progresos y desarrollarse en el consejo psicológico. Estas son

a) La empatía: capacidad de entender lo que está ocurriendo al paciente en el aquí y ahora. Sentir la experiencia única del paciente y de sus problemas personales sin identificarse con ellos. Esto no quiere decir que deba haber una identificación con la experiencia de las emociones, sino que el consejero necesita imaginar y apreciar qué es “ser el otro”.

b) Consideración positiva incondicional: son “sentimientos y actitudes de amor, aceptación, respeto y calidez de un individuo hacia otro”. (Cornejo & Brik Levy, 2003, p. 54). Implica una actitud libre de críticas, donde se promueva la aceptación de sí mismo y confianza.

c) Congruencia o autenticidad: la transparencia, la honestidad y la sinceridad son elementos fundamentales dentro de la relación terapéutica, siempre cuidando el respeto y la empatía. Para poder transmitir esto al paciente, primero el terapeuta debe conocerse a sí mismo.

### 4. Relación con el consejero psicológico:

Se basa en el respeto, en el establecimiento de un vínculo empático y en la predisposición del consejero de ser abierto y auténtico. Además se busca promover el crecimiento o autoactualización. En general, los conceptos expuestos son de mucha

importancia en la práctica dramaterapéutica ya que en su conjunto sintetizan gran parte de los preceptos que la disciplina propone para el trabajo con los pacientes (Cornejo & Brik Levy, 2003).

#### 1.3.1.5. Teorías sistémico-constructivistas

Torres-Godoy en sus Bases Teóricas de la Dramaterapia afirma que si hemos de pensar en una teoría moderna de la Dramaterapia, no podemos ignorar las actuales corrientes epistemológicas, que tanto influyen en la psicología, en la psicoterapia y en el conocimiento humano en general, tal como sucede con el paradigma sistémico-constructivista (Torres-Godoy & Lucero, 2012).

Para poder empezar a hablar de este paradigma, debemos definir primero el concepto de sistema. Tomamos para ello la palabra de Fernández Moya (2006) quien citando a Alejandro Gagliardi asegura que “el surgimiento de los sistemas en el pensamiento científico es el resultado de un cambio epistemológico” (p. 104).

Ludwyng Von Bertalanffy elabora en 1928, la Teoría General de los Sistemas y abre la puerta a un cambio del pensamiento científico más clásico, al pensamiento sistémico:

1. El objeto ha sido en las ciencias clásicas el núcleo de su trabajo. Un objeto descriptible más allá de su entorno y del observador que lo describe, claramente delimitado. Con el surgimiento del sistema, ocupando el lugar del objeto, comienza a observarse también la relación y la dependencia tanto con el observador como con el entorno. Particularmente la dramaterapia, a diferencia de otros modelos terapéuticos grupales, se ocupa del trabajo del grupo como un todo interrelacionado, sin pretender identificar un protagonista; incluso da un paso más allá e incluye en su

proceso terapéutico el fenómeno que se produce en el auditorio, que vivencia la experiencia dramaterapéutica, y como esto repercute en el grupo el día después de la presentación.

2. Se le pone fin a la posibilidad de hacer un reduccionismo de todo objeto fenoménico compuesto, en partes más simples, las cuales pueden ser analizadas, y encontrar en ellas las partes fundamentales del objeto observado. El sistema exige la integración de las partes con el todo y el todo con las partes, y define la imposibilidad tanto en el pensamiento como en la praxis, de desintegrar la cualidad de la emergencia fenoménica. “El todo es más que la suma de las partes”. Es por ello que en dramaterapia se privilegia el fenómeno grupal de transformación, que se logra en el “encuentro” colectivo y en el ritual.

3. Desde el surgimiento de los sistemas no se puede concebir más un objeto aislado, acotado, delimitado. Pensar en sistemas supone pensar en relación, en unión, en interrelación. La dramaterapia no se limita sólo a las conexiones explícitas que pudieran existir entre, por ejemplo, los miembros del grupo; sino que admite una conexión más profunda con toda la humanidad, expresada a través de los ritos, costumbres, cuentos y leyendas. Se vale de este material para explorar estos lazos y producir el efecto terapéutico grupal.

4. La ciencia clásica toma lo concreto, lo elabora y de allí obtiene una abstracción, extrae un rasgo fundamental unívoco que define y gobierna al objeto concreto en su totalidad. En cambio, los sistemas se estudian, se ven y verifican en lo concreto. Si bien la dramaterapia se vale de la metáfora artística, de la *distancia estética*, como la definen algunos autores (Cornejo & Brik Levy, 2003), para su abordaje, en la experiencia, al comprometer el cuerpo en la acción, trabaja sobre lo

tangible, lo real, lo concreto de la vivencia auténtica. Pasa de lo abstracto de la palabra, de otras terapias, a lo concreto de la acción.

5. Los números y las cantidades matemáticas a las que era reducido todo análisis o evaluación, no tienen lugar en la dimensión de los sistemas irreductibles a cifras. Esto le permite comprender “de lo vivo, de la poesía, del humor, de la comunicación, observando pautas y pautas de pautas en eterna danza” (Fernandez Moya 2006, p. 108). El sustento artístico de la dramaterapia la coloca en un lugar de vivencias efímeras, que se extinguen en el mismo acto de ser vividas y que sólo pueden dejar huellas en quienes las vivieron. Las escalas, las fórmulas y las mediciones caen por sí mismas, por su imposibilidad de abarcar, ni siquiera mínimamente, el fenómeno producido en estas sesiones.

6. Con la aparición de los sistemas desaparece la línea recta y simple que une relacionamente causa con efecto, dando lugar a un fenómeno circular que provoca que las causas se vuelvan sobre sí mismas a través de la respuesta que producen como efecto. Surgen entonces los conceptos de autorregulación, autodefinición, retroalimentación y homeostasis. Con esta clara concepción del fenómeno circular, es que la dramaterapia se vale de estos conceptos para comprender e intervenir en los procesos terapéuticos, alterando el continuum que sostiene el problema del consultante y provocando un cambio, una reestructuración.

7. La objetividad, independiente del sujeto, del observador, cae ante el intento de definir qué cosa es un sistema. Asegura Gagliardi que el sistema surge de una doble determinación. Tiene una parte irreductiblemente física, y a su vez, dependen innegablemente de un observador (Fernandez Moya, 2006). Este observador traza una distinción para poder destacar y separar al sistema observado del fondo polisistémico.

Es por ello que el director en dramaterapia es un agente activo, involucrado en el proceso y en la vivencia. El dramaterapeuta no piensa al sujeto o grupo y al fenómeno que se da frente a sus ojos como algo ajeno, sino que se integra él mismo en su mirada.

A lo que hacemos referencia en este punto es a la mirada constructivista. El constructivismo postula que el observador participa en la construcción de lo observado. Muchos terapeutas familiares sistémicos piensan que “toda descripción sobre familia y sobre terapia familiar que pudiera realizar, deberá ser tomada en principio, como una información acerca del observador o la comunidad de observadores” (Fernández Moya, 2006, p. 119)

Para poder distinguir y significar algo como real, cada sujeto posee y emplea a este fin, un esquema, una representación, un diagrama conceptual de lo que es el mundo. A partir de esa construcción que hacemos de la realidad, que es permanentemente reforzada, es que desarrollamos nuestro pensamiento y nuestras acciones. Este mapa que nos permite construir la realidad se elabora, desde el mismo nacimiento, a través del consenso. El proceso de búsqueda y retención del consenso es lo que otorga a la realidad un cierto grado de estabilidad colectiva, y por lo tanto individual.

En la terapia, tanto la descripción que pueda dar un sujeto o una familia de sí mismos, como el análisis e interpretación de los patrones de comportamiento que pueda hacer el terapeuta, son construcciones, invenciones, ninguna de ellas es “la realidad”. La construcción del consultante, eso sí, es una construcción sistémica y funcional con sus valores, necesidades, y visión actual y particular de las cosas. El terapeuta debe proponer una descripción alternativa, igualmente aceptable,

pero que le permita a quien consulta, superar los obstáculos que se le vienen presentando y por los que recurre a él.

#### *1.3.1.6. Teorías Narrativas*

Íntimamente relacionado con el paradigma constructivista, las terapias narrativas proponen que no existe una única realidad; lo que existen son las historias que las personas cuentan acerca de esa realidad, y esas narraciones son abiertas e inconclusas. En la misma medida que nuestras historias cambian, nosotros también cambiamos.

La narrativa, según Carlos Sluzki, y citado por Fernandez Moya (2006) es un “sistema constituido por actores o personajes, guion y contextos (contextos previos, escenarios y acciones e historias), ligados entre sí por la trama narrativa” (p. 128). El autor se refiere a este último término como el conjunto de conectores lógicos explícitos o implícitos que establece la relación entre todos los elementos mencionados de manera que todo cambio producido en uno de ellos, modifica a los otros. A su vez, el funcionamiento de este conjunto tiene sus consecuencias a nivel moral, interpersonal y comportamental, los que a su vez confirman y sostienen la historia formando parte también del sistema.

El modo narrativo propone un sinfín de perspectivas que pueden cambiar continuamente. Desde este marco la realidad se cuenta en un modo tal que genera incertidumbre, subjetividad o posibilidad; de ninguna manera indica certidumbres o imperativos. Es más bien un modo subjuntivo que se destaca por sobre el modo indicativo.

Numerosas técnicas de la dramaterapia emplean los conceptos postulados por la narrativa. El relato de historias fantásticas o de hadas, la construcción



de relatos a partir de objetos, la creación colectiva, etc. Sumado esto a las técnicas que toma del psicodrama y que permiten ir modificando el relato original e irlo llevando por otros cauces más adaptativos y saludables, a saber, intercambio de roles, autodrama, doblaje, espejo, entre otras (Schurzenberger, 1970)

### ***1.3.2. Teorías antropológicas***

La antropología es una importante fuente de información para la dramaterapia.

#### ***1.3.2.1. Rituales***

Todos tenemos rutinas que llegan a ocupar gran parte de nuestras vidas, casi siempre les somos indiferentes excepto cuando son interrumpidos.

“Los rituales son formas por medio de las cuales las comunidades enfrentan los miedos, simbolizan sus esperanzas, celebran sus alegrías, marcan o se preparan para los hechos importantes de la vida logrando así una sensación de control y de poder” (Cornejo & Brik Levy, 2003, p. 25)

No es necesaria la repetición para que se dé el ritual y que una vez creado y actuado vivirá en la psiquis del individuo y continuará viviendo en el inconsciente de los participantes. Y ésta sólo se daría para consolidar la experiencia obtenida en el ritual original.

Las tres funciones básicas del ritual son: unir, iniciar y hacer crecer.

*Unir:*

Utiliza actos simbólicos para establecer una conexión entre dos mundos, el interno y el externo, la imaginación y la realidad física, el mundo de los vivos y de los muertos, la individualidad y lo colectivo. Media entre la organización social de la sociedad y los ritmos biológicos individuales.

Los rituales y los mitos, en su condición de puentes que unen además el mundo del cuerpo con el de las emociones, son formas dramáticas que permiten sobrellevar emociones universales, entre ellas la angustia.

*Iniciar:*

Bajo esta concepción del ritual podemos afirmar que implica un viaje a lugares oscuros y desconocidos, el cruce de una frontera. Este viaje puede ser real (un peregrinaje) o un viaje a nuestro propio mundo interior.

*Hacer crecer:*

Un ritual altamente concientizado puede producir importantes cambios en lo más profundo del ser, en ese lugar del inconsciente donde se aloja el origen de nuestras actitudes y valores. El aprendizaje obtenido en el ritual, es asimilado y enviado al inconsciente para producir nueva energía y vida.

La creación del ritual se divide en tres etapas:

*La preparación:* el tiempo que se le dedica a pensar y planear lo que se ejecutará en el ritual. Cuanto mejor se piense y se prepare un ritual, más posibilidades habrá de que haya flexibilidad y un compromiso emocional más fuerte con la actuación del ritual.

*La actuación:* es la acción concreta del ritual con la forma y estructura elegida.

*La dispersión:* es el momento en que se debe cerrar el ritual, desconectarse de la acción de éste y volver al punto de partida.

En todo este proceso las emociones son fundamentales, cuando un ritual no tiene carga emocional pierde sus poderes transformadores y deja de ser un “rito de pasaje”.

### 1.3.2.2. Los rituales terapéuticos

Los rituales terapéuticos son un componente fundamental dentro de la dramaterapia. Son parte de la historia de la humanidad, hacen a la cultura desde sus orígenes más hondos y representan los orígenes del teatro (ceremonias, ritos de iniciación, ritos de transición o despedida, etc.).

Los ritos son actos repetidos invariablemente, con arreglo a unas normas estrictas. Son las celebraciones de los mitos, por tanto no se pueden entender separadamente de ellos. Tienen un carácter simbólico, expresión del contenido de los mitos. Reúnen en un mismo espacio escénico, emociones, conductas y pensamientos contradictorios, que develan la fragilidad humana ante las fuerzas de la naturaleza, la vida, la muerte y la inmensidad del cosmos.

En dramaterapia el rito forma parte de su leyenda, porque la dramaterapia también tiene una leyenda que es la del teatro. Además forma parte de su historia y su cierre. Marca el final, el momento culmine del proceso, donde la palabra hablada no tiene lugar y la vivencia es la de un rito mágico.

Sue Jenning (2006) indica que:

“El drama y la dramaterapia como rituales, pueden hacer una importante contribución en el restablecimiento de las estructuras dramáticas seguras, en la que son posibles el cambio y la transición. Se relaciona al ritual dramático con la aparición del arte teatral, y la mayoría de los escritores estarían de acuerdo, con que una gran cantidad de teatro normal proviene de rituales dramáticos grupales de las sociedades antiguas, y que el comienzo del teatro también se relacionaba con las creencias y por ende con la visión. Los rituales de cualquier sociedad o grupo

social se pueden observar en las obras dramáticas de los niños. Este tipo de obras reflejan la norma del mundo familiar y social de ellos” (p. 115).

Los paralelos entre la concepción de ritual y los procesos de dramaterapia son múltiples. La dramaterapia, al igual que el ritual, se vale de construcciones simbólicas para construir un puente entre la realidad cotidiana y la realidad subjetiva o dramática. Por otra parte, las tres etapas que definen la construcción de un ritual, a saber, preparación, actuación y dispersión, responde de manera bastante lineal con lo que sucede dentro de una sesión de dramaterapia, donde hay un apresto, una dramatización y un cierre (que logra la desconexión a través de ejercicios de relajación y reflexión).

Además podemos agregar que otros paralelos tienen que ver con los elementos que emplean uno y otra para realizar su acción: máscaras, gestos, mímicas, objetos, vestuarios, danzas y movimientos.

El público y los testigos juegan un rol crucial tanto en los rituales como en la dramaterapia, para que las experiencias sean efectivas.

Dice Graniger, citada por Cornejo y Brik Levy “sin la inspiración del ritual y el uso de la imaginación del drama, la dramaterapia no es más que una terapia de grupo y no tendría contribución alguna al proceso terapéutico”. (Cornejo & Brik Levy, 2003, p. 33)

### ***1.3.3. Teorías Teatrales y de La Acción.***

Las teorías teatrales y otras que se encuentran en íntima relación con esta, forman parte del núcleo fundamental de la dramaterapia

#### ***1.3.3.1. Teatro, juego, el personaje y la escena***

Ya hemos hablado del origen del teatro en los rituales sagrados, y cómo desde entonces participa en la sanación de los pueblos que participaban de ellos.

El teatro, más allá del origen que se le reconoce en la antigua Grecia, co-existe con los orígenes de la humanidad y por tanto, de la medicina. Actos primitivos de sanación, purgación de demonios y el goce sublime de la bienaventuranza mística, religiosa y cultural, no son sino puestas en escena que responden al lenguaje teatral más primitivo.

El teatro en sus orígenes, se mantenía unido a las artes de la curación, de la medicina, de la terapia y de la religión. El brujo, el curandero, el chamán eran la convergencia del actor-sacerdote-sanador que luego la cultura en algún momento separó en roles diferenciados (Torres-Godoy & Lucero, 2012).

La profesionalización del teatro y del actor en el Renacimiento, contribuyó a que muchas de aquellas prácticas se perdieran.

Más allá de lo expuesto, podemos asegurar que el teatro contemporáneo hace los siguientes aportes a la formación dramaterapéutica:

1. Eje corporal: la expresión corporal y el movimiento en función de que el dramaterapeuta domine la experiencia física de su ser en el espacio de la realidad teatral, que será donde ejerza su accionar terapéutico. Además de prestar funciones en lo que se define como apresto o caldeamiento, admite el desarrollo de una línea terapéutica centrada en el cuerpo que rescata el concepto de Sue Jennings de embodiment (encarnación o incorporación)

2. Eje voz: muchos acontecimientos vitales, traumas psíquicos o situaciones de estrés psicosocial actual o pasado, se manifiesta a través de la voz, la que suele cambiar de tonalidad, de frecuencia y de intencionalidad. Además de servir de manera diagnóstica, la voz también puede usarse para lo terapéutico. Se puede reconstruir la historia fonobiográfica de la persona, para luego, a través de ejercicios

especializados, reformular, re-encuadrar, cambiar y re-significar dicha biografía realizándolo solamente desde la voz.

3. Eje personajes y actuación: los elementos psicológicos que se ponen en juego son la proyección y la personificación. Los participantes se implican con un personaje que les permitirá transitar desde lo conocido de sí mismos hacia lo distanciado, lo lejano y desconocido. El personaje cumple el papel de puente entre el entrañamiento y el extrañamiento. La actuación no es una actuación profesional, ni la puesta en escena de una verdad a develar como en psicodrama; el personaje y su texto teatral provendrán de la historia personal del actor-protagonista, o de la dramaturgia universal, o de ambas.

4. Eje dramaturgia y puesta en escena: la dramaterapia sostiene que todos somos actores y autores de nuestras historias vitales. En este rol de “dramaturgos” podemos re-escribir nuestra propia historia, como así también la de otros. La posibilidad de crear nuevos finales para las historias a representar es, para la dramaterapia, algo profundamente terapéutico. La puesta en escena será entonces el punto cúlmine, la representación varias veces de la obra aún no terminada.

5. Eje improvisación: esta palabra se relaciona con lo no previsto, lo no planificado. Se encuentra en el espacio entre la personificación y la creación de obras. Aquí se asocian lo lúdico y lo creativo para lograr producciones sorprendidas e inesperadas. Se plantea la tríada desafío, riesgo y control, como liberadora de adrenalina y endorfinas en el ser humano.

6. Eje representación de obras: podrán ser olvidadas o agenciadas por la cultura para que nuevas generaciones tengan la posibilidad de contemplarlas y

disfrutarlas y sean fuentes de inspiración permanente. Que operen de esta manera en nuestras vidas es una de las principales aspiraciones de la dramaterapia.

La dramaterapia se funda en la teoría del desarrollo dramático infantil y del juego, del pedagogo teatral Peter Slade; quien plantea que el desarrollo dramático-teatral se da de manera natural en todo el desarrollo humano desde el nacimiento hasta la consolidación de la personalidad (Torres-Godoy & Lucero, 2012).

El juego se relaciona en la dramaterapia fundamentalmente con el apresto (o caldeamiento en psicodrama). Se asume que la persona y el grupo, son seres en proceso de crecimiento desde su núcleo corporal hacia la periferia. Hace un pasaje desde sus mundos privados, sensoriales e imaginarios, hasta llegar a la representación, colectiva y gregaria.

Los juegos son el medio a través del cual los seres humanos aprendemos significaciones. La información obtenida desde el juego se toma y se procesa intelectualmente para transformar la experiencia del juego, en algo significativo.

La realidad teatral tiene mucho que ver con el espacio transicional del juego del que habla Winnicott, al definirlo como el lugar para la experiencia informe y para los impulsos creadores, motores y sensoriales donde debe desarrollarse el procedimiento terapéutico. Es decir, es un espacio simbólico que hace de puente entre el sujeto que experimenta y la realidad cotidiana. En dramaterapia, este espacio de transición permite que el apresto sea una instancia lo suficientemente buena, que acoge, protege y nutre.

Los juegos dramáticos que se utilizan en el apresto, son definidos como una puesta en juego, un jugar activo y voluntario con la finalidad de un

aprendizaje, un crecimiento o de una mejor salud física, psíquica y social. Sus reglas fundamentales son: que debe jugarse en un espacio virtual llamado escenario, se plantea en el plano de lo imaginario (“como sí” teatral), se somete a los límites que separan la acción terapéutica de la acción patológica, se integra en el juego a un monitor que forma parte del conjunto en un rol diferenciado.

Que los participantes atraviesen por la realidad teatral y la encarnación de personajes, es condición necesaria aunque no suficiente para que se produzca el acto terapéutico.

La palabra personaje deriva de persona, la máscara del teatro griego, por la cual el actor se expresaba por medio de la voz, el movimiento, el papel dramático. Es la manera en la que nos presentamos ante los demás con nuestras múltiples facetas emocionales, cognitivas y conductuales. En el teatro el actor encarna al personaje sin que esto afecte su vida ulterior. En la terapia el personaje encarna al paciente y lo modifica en su vida íntima.

“La dramática abarca todas las relaciones que los hombres tienen con las escenas, su constitución en escenas, su participación en ellas, su percepción vivencial de las mismas, su capacidad de generarlas y encarnarlas”, afirma Torres Godoy al citar textualmente a Carlos Martínez-Bouquet (Torres-Godoy & Lucero, 2012)

La escena se define como una estructura multifocal en continuo cambio, cuyos focos (personajes) pueden ser ocupados por personas y están conectados en un flujo permanente de energías, estableciendo así vínculos entre ellos. Existen dos tipos de escenas, una manifiesta y otra latente, que se superponen. La escena latente contiene y transmite las emociones, el significado sensible y profundo; los contenidos



son elementos afectivos (sensaciones, sentimientos, emociones, deseos, tensión dramática), conciencia de los personajes, significado o sentido, espacio latente, personajes latentes. La escena manifiesta se define por todos aquellos contenidos que llegan a nosotros a través de nuestros sentidos y observación habituales, a saber, personajes manifiestos, acciones e interacciones, espacio dramático (físico), tiempo, conciencia de los actos, argumento, guion, crisis, desenlace, espectadores, imagen y objetos.

Las escenas latentes cuentan con seis personajes. Esto es, espacios que albergan las mentes de las personas y constituyen los únicos lugares de la estructura emocional de un grupo, en los que un individuo puede ubicarse. Estos personajes condicionaran y determinarán que es lo que las personas sienten y desean. Estos personajes son: el personaje portador de deseo y el personaje deseado (eje del deseo, de la interioridad y de la pasión), el amigo y el enemigo (eje del destino, de las vicisitudes o del tiempo), el que ofrece un servicio y el que consume un servicio (eje de lo social, de las profesiones o del espacio) (Torres-Godoy & Lucero, 2012).

### *1.3.3.2. Psicodrama, enacción y lo experiencial*

Psicodrama significa “psiquis en acción”. Es un término que pertenece exclusivamente a su creador Jacob L. Moreno y posteriores desarrolladores. Moreno era un psiquiatra vienés de comienzos del siglo XX, con una clara orientación psicoanalítica freudiana, y posicionado desde el modelo médico tradicional de causa-efecto. Este se ubicaba en una dinámica de poder diferenciada, entre director y grupo y además, se entendía como observador objetivo e imparcial de las dinámicas grupales (Torres-Godoy & Lucero, 2012).

También se la puede pensar como técnicas de acción destinadas a curar a otros por medio de actos terapéuticos.

En el marco de este modelo terapéutico, el modo de cambiar el presente sería ir hacia el pasado, mediante las técnicas que desarrolla, cambiar la realidad patobiográfica en ese pasado, para luego regresar al presente y así observar como el cambio se mantiene y modifica el futuro.

Muchos dramaterapeutas utilizan el psicodrama como parte de su trabajo, tomando sus técnicas fundamentales tales como: espejo, doblaje, cambio de roles, soliloquios, interpolaciones, esculturas, apartes, entre otras. Esto le facilitará al dramaterapeuta el manejo de muchas escenas que se jueguen en la escena ficcional del teatro de sanación, como elementos auxiliares.

La culminación de la enacción ocurre luego del juego dramático, el trabajo de escenas y el juego de roles. Si bien la palabra está relacionada con el término actuación, esta tiene dos acepciones, por un lado representar, jugar un papel o actuar. Por otra parte, significa hacer emerger, traer a la mano, más referido a la forma como generamos conocimiento desde la experiencia encarnada.

“La idea fundamental es que las estructuras encarnadas, es decir sensorio motrices, son el meollo de la experiencia, y ésta motiva la comprensión conceptual y el pensamiento racional” asegura Varela, citado por Torres-Godoy (Torres-Godoy & Lucero, 2012).

El enfoque se lo define como ascendente ya que va desde lo corporal (percepciones sensorio-motrices), hacia lo afectivo, para culminar en lo cognitivo. Permite explicar el cambio que viven quienes aplican la dramaterapia.

Es bien sabido que muchas memorias traumáticas quedan encapsuladas en el cuerpo, como encerradas; y sólo logran liberarse cuando, por el accionar del paciente, movido por su propia voluntad o estimulado por el terapeuta, logra ejecutar ciertos movimientos corporales que liberan el trauma de su prisión psico-orgánica.

En esta fase del trabajo dramaterapéutico se emplean técnicas del psicodrama como el doblaje, por ejemplo. Pero lo más importante son los personajes y las escenas que permiten, a través de la enacción, jugar la vida de diferentes personajes, en diferentes escenas, poniendo al alcance de la mano el mundo concreto, completo, entero.

En este sentido Jennings propone partir de la encarnación, pasando por la proyección y el enrolamiento, para seguir la ruta creativa, que la llevará desde la palabra y el mundo encarnado, hasta la liberación de este, pasando por la realidad teatral, y saliendo de ella transformada y mejorada.

La psicoterapia experiencial forma parte del marco teórico de la dramaterapia. Para definir lo experiencial podríamos decir que uno existe en la experiencia concreta, y no existen conceptos, estructuras o definiciones que puedan abarcarla o contemplarla, la existencia precede a la definición.

La existencia es el sentimiento corpóreo que se experimenta en el transcurso del flujo de la experiencia.

La terapia experiencial busca gatillar un proceso de cambio autopulsado de manera que, más cambio genere un nuevo cambio en el sentir, y eso lleve a nuevas simbolizaciones y nuevas descripciones acerca del sentir. Lo

autopropulsado se refiere a la posibilidad de ver el proceso experiencial y el cambio como algo corporalmente sentido que se mueve “hacia adelante”.

Toda situación vivida por la persona tiene una referencia en el cuerpo, la cual es incorporada implícita y corporalmente a través de la sensación-sentida (Torres-Godoy & Lucero, 2012).

#### 1.3.3.3. *El humor*

Tomando palabras de Jáuregui, el Dr. Pedro Torres asegura que existe una triada de la risa. Primero, la diversión, el cual es un proceso mental y corporal que se caracteriza por el sentimiento de júbilo, seguido por la producción de ciertos movimientos y ruidos. Segundo, la risa, este es el signo observable de la diversión, es la reacción psicofisiológica; puede ser individual o colectiva. Tercero, el humor, se refiere al comportamiento que lleva a cabo un individuo para lograr que otros se diviertan (Torres-Godoy & Lucero, 2012).

Por lo dicho, el humor es el componente que más promueve la interacción, ya que surge de la intencionalidad de provocar a otros, de compartir.

En dramaterapia se fomenta la risa y el humor en diversos momentos, desde el apresto o training, con diferentes ejercicios y juegos dramáticos. El pasaje que se da desde el apresto, dentro del plano de la realidad cotidiana, abre camino hacia la realidad teatral a través de la enacción, trabajo con personajes, objetos de intermediación y escenas. Luego, la salida nuevamente hacia la realidad cotidiana se facilita si los pasos anteriores tuvieron el tempo justo.

En todas las fases la risa y el humor forman parte del paisaje de las acciones dramaterapéuticas. La catarsis en dramaterapia suele ser de tipo estética, o sea,

quienes observan participativamente se maravillan de la armonía y la belleza de las soluciones encontradas puestas en escena.

#### 1.3.3.4. Creatividad/Estética

Carlos Martínez- Bouquet, citado por el ya mencionado doctor Torres, propone tres tipos de creatividad (Torres-Godoy & Lucero, 2012):

Creatividad A: es la que define a genios o artistas creadores de obras maestras muy valiosas, y que dan lugar a la construcción de aportes constituyentes básicos de toda cultura, más allá del mundo de la relación interpersonal superficial. Estas producciones se ligan estrechamente con las escenas latentes universales y de la cultura. Transgrede los límites de la cultura y va más allá de las matrices existentes.

Creatividad B: es la que da origen a obras o productos personales y auténticos. En este punto la genialidad no se pone en juego, lo que vemos es talento. Según el autor, el sujeto logra transgredir todo lo determinado y alienante de la vida, logra la autenticidad y supera la pertenencia a la masa y la superficialidad (Torres-Godoy & Lucero, 2012).

Creatividad C: es la que permite que el individuo pueda expresarse y sentir por este medio alivio y gozo. Busca la expresión, contribuyendo así a la salud, el equilibrio psicofísico y el desarrollo. Aquí, la transgresión supera las barreras de la represión y la contención.

La ruta de la creación, propuesta por el autor, está dividida en seis etapas que van, desde el momento inicial en el que surge algo de la nada, hasta el momento en que la creación se ha independizado del autor y habita en la cultura (Torres-Godoy & Lucero, 2012).

Todo este camino no sería posible si los sujetos no contaran con estos atributos psicológicos o capacidades: voluntad de originar, emanar, irradiar; capacidad de jugar libre, espontánea y gozosamente; curiosidad, reconocimiento de sentido a las vivencias, y deseo de crear símbolos que dejen testimonio de ese sentido; capacidad de trabajo laborioso y sostenido; capacidad de lanzarse plenamente al mundo de las formas, dejarse ver; y el impulso por dar a conocer, difundir, entregar, regalar.

La curiosidad, el juego y el aprendizaje están íntimamente relacionados, junto con la capacidad de proyectar y problematizar, tienen que ver con la capacidad de crear irrealidades.

La estética se trata de la investigación y determinación de los caracteres de lo bello en la naturaleza y en el arte.

En dramaterapia se lo puede ver desde dos puntos de vista. Por un lado, cuando hablamos del trabajo dramaterapéutico en sí mismo, y por el otro, de la catarsis estética que se producirá en el observador participante.

La belleza y armonía ecosistémica viene a respetar estética y axiodramáticamente los valores más hondos de las personas, familias y comunidades de que en general, son dueños de sus destinos, tienen derecho a construir sus vidas como les plazca, siempre que no atenten en contra de los valores naturales y sublimes de la humanidad, como son el derecho a la vida, al trabajo, a la salud, a la educación, a tener una vida digna y en armonía con todos y cada uno de los seres vivos que habitan este planeta. (Torres-Godoy & Lucero, 2012).

Hasta aquí una breve reseña de los basamentos teóricos que sostienen la dramaterapia, entre las que se encuentran las teorías psicodramáticas. Veamos a

continuación un análisis más profundo de encuentros y desencuentros entre ambas disciplinas.

#### **1.4. Dramaterapia y Psicodrama**

Es frecuente, cuando hablamos de la Dramaterapia, que surja la pregunta acerca de ¿qué relación guarda esta con el Psicodrama? Y por supuesto ¿en qué se diferencian? En este apartado intentaremos responder estas preguntas lo más claro y concreto posible.

En 1988 la Asociación Británica de Dramaterapeutas organizó, junto con la Asociación Británica de Psicodrama, una conferencia para considerar las relaciones entre el psicodrama y la dramaterapia. En ella se acordó que el psicodrama es una parte de la dramaterapia.

Psicodrama, significa “psiquis en acción”, uno de los términos más antiguos en la historia de las terapias de acción grupales. Dicho término define a una corriente terapéutica de principios del siglo XX, creada por el psiquiatra vienés Jacob L. Moreno. Él provenía de la formación en la teoría psicoanalítica freudiana y el modelo médico tradicional (pensamiento en términos de causa-efecto, dinámica de poder diferenciada, entre director del grupo y el grupo), y de la cibernética de primer orden, lo que implica una excesiva confianza en nuestros sentidos y percepciones, como si fuesen fidedignos de una realidad que esta "afuera", en donde nuestro rol es "descubrirla" para tener un mejor entendimiento del mundo. Según esto último el director psicodramático se coloca como un observador objetivo e imparcial de las dinámicas grupales (Torres-Godoy & Lucero, 2012).

Dentro de este modelo médico, el director del psicodrama se maneja en una epistemología lineal, con una acción determinada para extraer el mal o la enfermedad que se localiza en el pasado del organismo sufriente (individuo o grupo). En

este modelo, afirma Pedro Torres, se debe cambiar la realidad del pasado, para así cambiar el presente y ver como se modifica el futuro (Torres-Godoy & Lucero, 2012).

Si pensamos la dramaterapia desde un modelo comunitario podríamos afirmar que es un sistema cooperativo grupal, guiado y facilitado por un coordinador que en este caso es el dramaterapeuta (Torres-Godoy, 2012a). Se puede decir que la dramaterapia es una disciplina que promueve el bienestar, la promoción y la prevención de la salud, su foco es en el optimismo, la alegría y la felicidad; se centra en los recursos y superávit de las personas, grupos y comunidades.

Anna Chesner, en su capítulo “Dramaterapia y Psicodrama. Similitudes y diferencias” (Chesner, 2006a), resalta los paralelismos entre estas dos disciplinas destacando la principal similitud en la utilización del teatro como herramienta fundamental.

El primer elemento que toma para afirmar esto es la definición conceptual de ambas especialidades.

Citando a Abraham define la dramaterapia como “el uso intencional de las técnicas teatrales para alcanzar las metas terapéuticas, que son el alivio de los síntomas, integración emocional y física y el crecimiento personal” (citado por Chesner, 2006, p. 139).

Por otra parte, J. L. Moreno describe el psicodrama como “La ciencia que explora la verdad de los seres humanos o la realidad de las situaciones por métodos teatrales” (citado por Schurzenberger, 1970, p. 12)

Lo que encontrará un participante de psicodrama o dramaterapia será una forma creativa de arte, en la que usaran su creatividad interna y compartirán información cultural.



Ambas terapias se valen de métodos de acción y dependen del involucramiento de los participantes.

- El uso del cuerpo puesto en acción y en contacto físico con otros genera un fuerte impacto en cada participante, ya que el soma permanece en extrema conexión con los sentidos y los estados emocionales y mentales.

- El cuerpo juega también un papel importante en la manifestación, a través de sus síntomas, de dolores internos inconscientes. También sucede lo contrario, y a través de la acción del cuerpo se puede adentrar a las profundidades del ser para destrabar nudos emocionales que se presentan como dificultades actuales.

- El espacio escénico que ofrece el teatro, es tomado por el psicodrama y la dramaterapia para crear allí un espacio simbólico “potencial o transitivo”, donde está permitida la ilusión, los juegos y las expresiones tridimensionales. Se convierte en un espacio intermedio, entre la realidad interna y externa, que permite el juego como experiencia de exploración y cambio.

- Los sueños, las fantasías, son creaciones del individuo cuya expresión se parece mucho a la del teatro. Los diálogos e imágenes internas, originadas en la imaginación, la fantasía o la memoria, pueden ser externalizados y compartidos a través del teatro.

- Para ambas teorías, el ser humano se constituye desde su nacimiento a través de los personajes que debe desempeñar en su vida. En torno al aumento del repertorio de estos personajes y el desarrollo de la espontaneidad se centran, en gran medida, el psicodrama y la dramaterapia (Jennings et al., 2006).

Algunos aspectos diferenciales que podemos destacar entre la dramaterapia y el psicodrama:

Existen diferencias estructurales.

- El psicodrama trabaja con cinco elementos (el protagonista, el director, los yo auxiliares, el escenario y el público). Es fundamentalmente verbal y trabaja con el material personal del paciente en forma directa y literal. En dramaterapia la exploración es esencialmente simbólica. A través de la creación simbólica, el paciente trabaja su problemática con una distancia estética, en una forma indirecta y no frontal. La dramaterapia utiliza también otras artes tales como la música, los cuentos, el movimiento, la metáfora, el símbolo, la poesía y el arte visual de acuerdo con la necesidad del grupo (Cornejo & Brik Levy, 2003).

- La dramaterapia se centra en los aspectos sanos de la persona, mientras que el psicodrama trabaja con el problema que debe curar.

- La dramaterapia se vale de los fundamentos conceptuales del teatro y el ritual. Desde la praxis convierte a todo el grupo en protagonistas, dando un tiempo tanto a los participantes individuales del grupo como a la totalidad. En cambio el psicodrama busca fervorosamente un único protagonista y lleva a todo el grupo a esta búsqueda.

- La catarsis dramaterapéutica tiene más que ver con los ritos de sanación, que con la catarsis de integración del psicodrama, la cual se define como actos de comprensión, de transformación, permitiendo la liberación de roles anclados dando lugar a la asunción de nuevas conductas. La catarsis en dramaterapia se presenta más contenida que en el psicodrama; las emociones personales se exponen en medida justa; la vía de comprensión del drama suele ser eminentemente simbólica o metafórica; el director queda relegado a un mero facilitador; y no arriesga a sus participantes a una re-traumatización como el psicodrama.

- La dramaterapia, a diferencia del psicodrama que busca re-matricular roles inmovilizados de vínculos pasados, se centra en el aquí y ahora hacia el futuro, buscando fomentar la creatividad y la flexibilidad de roles.
- El final de cada sesión dramaterapéutica está centrada en la acción, lo que se denomina como “rito mágico de sanación”. Se reemplaza la conversación del sharing psicodramático, por los actos.
- La dramaterapia tiene una mejor aplicación en el campo del fomento, la promoción y la prevención en salud. Sirve más a individuos, grupos y comunidades sanas que a individuos o grupos patológicos, como el psicodrama.
- La dramaterapia tiene el foco puesto en el grupo, quien ejerce el rol protagónico, a diferencia de lo que sucede en psicodrama donde se busca intencionalmente un único protagonista de la escena, que opacará la figura del héroe y la relegará. Cuando surge un rol destacado en dramaterapia, dado que aquí se trabaja con escenas co-protagónicas, más que identificarlo con un protagonista (que agoniza y muere por medio de la catarsis y la purgación del grupo), se lo identifica con el papel de héroe, quien dotado de poderes fuera de lo común, permite estabilizar la imagen del hombre. Fuerza así la admiración del espectador, provocando su catarsis y recibiendo los tientes emocionales más vivos y visibles.
- En cuanto a los métodos usados, la dramaterapia utiliza como recurso terapéutico todos los aspectos de las actividades teatrales, rituales chamánicos, cuentos, etc. El psicodrama se limita a trabajar con las técnicas desarrolladas, de manera específica para la disciplina, por Moreno.
- La matriz del grupo, o sea, la red física de comunicación que une al grupo de forma transpersonal, es explorada libremente en dramaterapia, mientras que

en psicodrama se la identifica en los primeros minutos de la sesión para así poder elegir al protagonista.

- El director ejerce un rol más riguroso y controlador en psicodrama, ya que en dramaterapia su presencia es más débil y se limita a ser un facilitador.

Hasta aquí, el análisis comparativo entre ambas disciplinas. Un desarrollo necesario, en cuanto la dramaterapia forma parte de un mundo desconocido, en un contexto donde el psicodrama, sobre todo psicoanalítico, ha vivido un gran desarrollo y difusión, copando el espacio de todas las terapias de acción.

### **1.5. Modelos Teóricos De La Dramaterapia**

La dramaterapia, por su característica de haberse desarrollado a partir del aporte de múltiples autores, en distintas partes del mundo; muestra un amplio abanico de modalidades teórico-prácticas.

#### ***1.5.1. Modelo Experimental de Dramaterapia:***

Este modelo estudia la vida creativa en el contexto del discurrir cotidiano del paciente.

El tema de este modelo es hacer y rehacer el trabajo de las etapas de la vida y de los cambios de los grupos e individuos (Cattanach, 2006)

Podríamos decir entonces que el proceso terapéutico se da en la reconstrucción de la vida utilizando el arte como medio para tal fin.

El teatro permite investigar las imágenes, símbolos historias y textos que descubrimos a lo largo de nuestra vida y que definen ese yo distónico, alejado del yo que realmente desearía ser. Además podemos descubrir el yo que pudimos o deseamos haber sido y crear vidas ficticias, que deseáramos haber vivido o que agradeceríamos no haber tenido.

A diferencia de otros abordajes que sugieren que la disfunción o patología se debe a la ausencia de algo, o a la pérdida de balance, el modelo experimental sugiere que el trastorno humano es un bloqueo, un alto en el ciclo de la vida y que la angustia es la manifestación de ello. Por lo tanto, lo primero que deberemos hacer en el tratamiento es identificar dónde se encuentra ese bloqueo y de allí comenzar un nuevo viaje con el terapeuta como copiloto, guiando y acompañando.

Desde este enfoque la experiencia del tiempo es compleja y delicada. Todos llevamos dentro de nosotros algo de la gente que hemos sido o seremos, un completo significado en la creación de nuestro propio destino sólo es posible cuando abarcamos todas las fases de nuestra vida sin negar ninguna (Cattanach, 2006).

#### *1.5.1.1. Evolución del desarrollo creativo*

##### Representación

Evoluciona por el camino de tres etapas de desarrollo que van desde la sensación de los niños más pequeños hasta la representación dramática de los jóvenes.

1. Personificación: el bebé comienza a explorar su mundo circundante a través de sus sentidos, este proceso pre-verbal se va ampliando en la medida en que va logrando erguirse y desplazarse y que el mundo sensorial que lo rodea se agranda.

2. Representación proyectiva: el niño comienza a explorar los objetos que se encuentran a su alrededor, fuera de sí mismo, y comienza a obtener experiencias de esto. En ese experimentar va haciendo un pasaje desde sus objetos transicionales (tal como los describe Winnicott en su teoría) hacia las actividades representativas. El comienzo de la representación simbólica se da dentro de este marco, en el que descubre que un objeto puede representar a otro

3. Representación de roles: al comienzo los niños realizan una representación “simulada”, en las actividades en las que el rol asumido es el de la representación del yo; y luego, en forma gradual, por medio de juegos con otros niños, con juguetes y con otros objetos con los que aprenden a aparentar que son alguien más. Mientras que aún son ellos mismos, los niños se identifican completamente con los roles que asumen. Ellos adoptan una representación de papeles más sofisticada y, cerca de los cuatro años de edad, pueden combinar la representación de roles con la representación simulada de otros niños. Cuando aprenden las técnicas de negociación y algunas de las complejas reglas de la interacción social, entonces su representación se convierte en una representación dramática con toda la complejidad del intercambio dramático.

Coincidentemente estas tres etapas descritas, parecen formar parte del desarrollo de cualquier proceso teatral grupal. Una verdadera exploración dramática, no podrá obviar en su despliegue ejercicios de concientización del cuerpo, representaciones proyectivas y asunción de roles.

#### *1.5.1.2. Procesos del modelo experimental*

- Vivir en y fuera del tiempo: el presente que creamos en la acción dramática, parte de nuestro pasado y parte de nuestro futuro, no es nuestra vida real, por lo que nos permite explorar nuestra existencia desde una distancia segura.

- Ficción dramática: hay una creación de un mundo, un espacio aparte, donde no existen accidentes ni irrelevancias que no nos permitan dirimir la lógica de nuestro mundo de ficción. De este modo podemos reordenarnos para crear nuevos significados, limitados sólo por nuestra propia realidad, escapando del lugar de víctimas de nuestras circunstancias.

- Carácter lúdico: la representación, dentro del juego, permite salirse de la vida real y entrar a una esfera de actividad atemporal, para que luego, esto que fue representado permanezca como descubrimiento de una nueva creación mental y quede retenida en la memoria.

- Estructura: un ambiente estable, claro y educativo brinda, a los sujetos en estado de desorganización interna, una forma de organizar el mundo por medio de la adaptación. El terapeuta será el responsable de establecer las pautas de funcionamiento inicial y las reglas básicas que definen los límites y las limitaciones.

### ***1.5.2. Modelo de Teatro Terapéutico***

Parte de dos nociones importantes: primero, que las personas tienen una fuerte necesidad de expresar su “vida interna” de manera creativa; segundo, existen fuertes cualidades sanativas relacionadas con la vivencia presente, que superan a los intentos por experimentar el mundo desde el recuerdo del pasado o las expectativas del futuro (Mitchell, 2006).

Los ingredientes fundamentales para un modelo de teatro terapéutico en dramaterapia son: el actor/paciente, el director/terapeuta, el lugar del drama, un período de tiempo acordado y una meta común.

La experiencia del proceso dramático en sí misma, es mucho más importante que cualquier producto que se pueda producir, aunque también es cierto que el proponerse un producto a alcanzar, brinda a los pacientes un sentido de dirección, e inspira a comprometerse con los factores terapéuticos de apoyo que el proceso dramático involucra.

Trabajar a través de una historia, un mito, un cuento, etc. permite que la historia sea colectiva, que no se interprete el drama personal del paciente, y esto genera lo que se denomina distancia estética o dramática, que permite de manera paradójica, experimentar la realidad en un nivel más profundo (Mitchell, 2006).

El paciente puede enfrentarse a sí mismo y hacer los cambios necesarios en su vida cuando, a través de la expresión dramática, logra encontrarse con su propia inspiración creativa.

En este modelo, el terapeuta deberá comportarse como un facilitador, ayudando al actor a hacer lo necesario para encontrar el personaje y representar su parte, en interacción con el conjunto y con la audiencia. Actuará con sus recursos, su humanidad, su presencia y las estructuras teatrales y terapéuticas que tenga para ofrecer, para que cada uno busque sus propios recursos encaminados hacia una vida más saludable.

Las sesiones estarán estructuradas como una producción teatral. El ensayo o sesión está estructurada de forma que permita a los pacientes/actores utilizar su cuerpo para desarrollar sus caracterizaciones del rol y para ocupar su intelecto.



Tanto el director como el resto de los miembros de grupo ocuparán durante la sesión el doble rol de actor y espectador (Mitchell, 2006).

#### *1.5.2.1. Objetivos terapéuticos*

Los individuos pueden encontrar un alivio importante para sus síntomas psiquiátricos cuando se los valora y son parte de un grupo que los acepta.

A través del trabajo dramático se puede favorecer a la aceptación, la instilación de esperanza, la cohesión, el altruismo, la universalidad, la guía, la identificación y el auto-entendimiento; todos factores fundamentales para la sanación, según lo asegura Yalom (Mitchell, 2006)

#### *1.5.2.2. El proceso*

Taller de teatro

Aquí lo que se busca es el desarrollo de habilidades teatrales y la construcción de la “compañía teatral” que ensayará y representará la obra frente a un público.

Entre las actividades que se realizarán en esta etapa, estará el trabajo con la voz y el cuerpo, la escritura y el trabajo con libretos.

También se dispondrá el grupo en la tarea de elegir una historia para contar. En este punto, el terapeuta puede actuar como escritor, como catalizador, enfocando la atención en dónde, cuándo, cómo, quién y qué, como también originando y facilitando la discusión alrededor de materias emocionales que él considera importantes (le sexo, la culpa, el amor, la violencia, la libertad, la responsabilidad, la muerte, entre otros tantos temas)

En ocasiones, el terapeuta debe contar las historias actuándolas y utilizando a los pacientes como otros personajes de la historia. De este modo pueden involucrarse en un drama sin sentirse amenazados.

Otro modo de crear una historia es acercarle al grupo un objeto, que funciona como catalizador, y ofrecerlo para que sea exhaustivamente examinado. Luego se le pide al grupo que colabore para crear la historia de ese objeto.

El grupo también puede decidir trabajar sobre una obra establecida, o crear sus propias versiones.

Cuando el grupo tiene capacidades suficientes, el dramaterapeuta se limitará a cumplir una función de coordinador, proveyendo recursos y facilitando la práctica dramaterapéutica de la mejor manera (Mitchell, 2006).

### Ensayos

Una vez que la historia está creada, el grupo comienza a trabajar sobre los libretos de diálogos entre los personajes. Se eligen los actores y se crean las escenas valiéndose de la improvisación como principal herramienta.

El dramaterapeuta puede asumir el papel de director o ser el asistente de otro miembro de la “compañía” que desee asumir este papel, con la plena conciencia que su preocupación no debe estar focalizada en los aspectos estéticos de la acción, y que su oficio debe permitir que el actor se desarrolle plenamente en las partes que le toquen representar (Mitchell, 2006).

### Representación

Finalmente, se prepara la puesta en escena (escenografía, vestuarios, etc.) y se realiza la presentación del trabajo del grupo de dramaterapia con su obra ya creada.

A la hora de la representación, el dramaterapeuta se ocupará de cuidar a los pacientes, para evitar que estos se sientan excesivamente presionados por las eventualidades que se puedan presentar.

#### Reunión de posproducción

El proceso no acaba con la representación sino cuando puede reflexionar y meditar sobre lo realizado. Se tendrá en cuenta cuales fueron las cuestiones y objetivos contratados inicialmente en el grupo/ “Compañía”.

### ***1.5.3. Modelo Integrado en Dramaterapia***

Este modelo entiende al drama como “el asunto realizado”, en el sentido más amplio de su concepción. Todo lo que implique acción es material para ser usado en dramaterapia. (Chesner, 2006b).

Las artes visuales, la composición musical, la danza, el movimiento, el contacto, los juegos, la representación de roles y funciones teatrales, son parte de los recursos que pueden utilizarse en las sesiones de dramaterapia, siempre que se marque el acento en la exploración y la comunicación a través de la acción y de la interacción.

El terapeuta puede elegir la actividad de antemano, o puede dejar la elección en la espontaneidad del grupo. Él centrará su atención en los distintos niveles de interacción y en la expresión del mundo interno que cada participante logra en cada nivel:

- Interacción con el espacio y con los objetos que se encuentran en dicho espacio.
- Interacción con el terapeuta y con el equipo terapéutico.
- Interacción con el grupo de pares.

En este contexto de interacciones, el grupo en sí es visto como un agente terapéutico en el que cada participante contribuye como fuente de reconocimiento, apoyo, entendimiento e interacción positiva.

Las sesiones se estructurarán de modo tal que el comienzo y el final se definan como rituales o actividades familiares, que les permitan a los participantes sentirse seguros; mientras que en el momento de desarrollo de la sesión se utilizarán recursos que llevarán a los participantes a asumir mayor grado de riesgo.

Todo el trabajo en las sesiones de dramaterapia del modelo integrado se basará en la improvisación. Ella proporciona el marco y el comienzo de la acción, como así también un espacio para el aporte espontáneo. El valor terapéutico se relaciona con la posibilidad de expresar asuntos o sentimientos inconscientes y tácitos (Chesner, 2006b).

La improvisación es un proceso grupal. La historia es lo manifiesto del grupo, pero las interacciones que ocurren dentro del proceso de armado de la historia, expresan las dinámicas del grupo y la calidad de las relaciones particulares en ella. Tan importante como el contenido de la improvisación, es la elección de los roles que se desempeñarán y quién hace esta elección.

En una situación espontánea, las relaciones que se dan en ella, brindan la oportunidad y promueven la práctica de nuevos roles de la vida real.

### *1.5.3.1. El desarrollo de la sesión*

#### El comienzo

Desde que los participantes llegan a su sesión, el momento de saludarse, ya es el primer paso dentro de la terapia. Este momento brinda la oportunidad a los participantes de orientarse en el espacio y en el grupo de personas, en particular, con las que trabajarán.

Permite al terapeuta, además, ir sondeando y evaluando la dinámica grupal en el aquí y ahora, detectando humores, ansiedades, etc.

Formalmente se comienza la sesión en un círculo. Se crea un espacio de contención grupal en la acción de tomarse todos de las manos. En este momento, guiados por el terapeuta, el grupo dedica un tiempo a mirarse entre sí para conectarse con las personas presentes, que se acompañarán mutuamente en este proceso.

Luego se comienza con algunos juegos simples de presentación y encuentro con los otros que permiten repasar los nombres, identificar visualmente a los compañeros, y contribuyen al amalgamiento del grupo (Chesner, 2006b).

#### Exploración de la imaginación

Esta etapa representa una nueva forma de arriesgarse, mientras que el aquí y ahora del grupo comienza a expandirse hacia otros lugares y a otros marcos de tiempo.

El rol del terapeuta será transmitir al grupo la certeza de que cualquier cosa es posible dentro del drama, siempre que el conjunto lo consienta.

El material de trabajo suele salir del mismo grupo, aunque al comienzo es el terapeuta quien sugiere los asuntos a abordar. Uno de los primeros temas que sugiere el terapeuta para trabajar es el “viaje peligroso”. Dentro de las muchas versiones que hay de esta improvisación, dos de las más populares son: cruzar el río a través de un puente de rocas que el mismo grupo va colocando uno a uno, y la otra implica escalar una montaña y descenderla a rapel (Chesner, 2006b).

#### Punto máximo

Aquí la creatividad, espontaneidad y toma de riesgos llega a su nivel más elevado. El grupo creará un mundo imaginario al que deberán adentrarse y explorar. En él se verán reflejadas las fantasías y preocupaciones de los participantes.

El equipo terapéutico será un facilitador, ofreciendo distintas formas en el proceso de improvisación e invención de historias.

Entre los recursos que se pueden ofrecer existen por ejemplo:

- La utilería: se utilizan distintos objetos, de lo más variados, sobre los que se descubre una amplia posibilidad de usos. Se invita a los participantes a elegir cual es el objeto que desean usar en la improvisación, y algún voluntario se ofrece para comenzar. La historia va siendo creada por cada persona, mientras que el terapeuta cumple el rol de narrador (permitiéndole esto cierto grado de intervención en el proceso como medida de seguridad para el grupo), y el resto de los miembros del equipo terapéutico asumen roles que permiten estimular la reacción e interacción en el grupo.

- Fotografías: se utilizan fotografías de revistas pegadas sobre tarjetas. Se seleccionan algunas, las cuales son comentadas por el grupo y cada participante elige una. Por mayoría se define cual es la elección del grupo, con la posibilidad de incorporar algo de las otras elecciones minoritarias. Luego se construye

una escenografía, que será el lugar donde transcurre la historia. A continuación cada uno elige su personaje a lo que puede agregarle vestuario y utilería. Se le puede agregar música e iluminación y allí comienza la improvisación.

- **Discusión:** se presentan temas de discusión al comenzar el grupo. Esto puede surgir del grupo terapéutico, a modo de sugerencia, o de los participantes de la sesión. Todas las sugerencias e ideas que surjan se las puede ir incorporando en la improvisación (Chesner, 2006b).

#### Retorno al mundo real

Implica el proceso de retorno del mundo del “como sí”. Todo vuelve a ser lo que era, cada participante abandona el rol creado y vuelve a su propio rol, los personajes y eventos sucedidos durante la improvisación comenzarán a formar parte del recuerdo, de la memoria compartida.

Luego, el grupo avanzará a la actividad de la meditación conjunta en la sesión. Allí se ofrecerá la oportunidad para que los participantes traigan consigo algo positivo del proceso, y dejen atrás cosas de la experiencia que no desean introducir a su realidad cotidiana. Esta es una parte muy importante del proceso, la reflexión y la discusión ayudan a crear cierta distancia entre el mundo dramático y el aquí y ahora.

Además, se invita a los participantes a destacar un momento particular de la sesión, sea que lo tenga más presente o que haya disfrutado particularmente.

Por último se lleva a cabo la despedida a través de un ritual, con una canción o un grito grupal, luego de lo cual se realizan algunas actividades familiares, que hagan las veces de marco seguro, para la finalización de la sesión.

El grupo terapéutico también aprovecha este tiempo para hacer sus propias reflexiones y hacer una mirada crítica del proceso. Sólo se puede aprender de la experiencia realizada si se puede tomar un tiempo para ver qué funcionó y qué no.

El grupo terapéutico, además, deberá tomar nota de los cambios, que han involucrado al grupo y a los individuos dentro de éste, para planear la estructura de las siguientes sesiones, con el objetivo de seguir proporcionando un grado de desafío que sea tolerable (Chesner, 2006b).

#### ***1.5.4. Modelo de Personaje***

Desde este modelo se considera que la personalidad del individuo se constituye a partir de diferentes personajes, los que son interpretados en diferentes contextos y en diversos grupos.

Los personajes se los define en diversas categorías: biológicos (madre, padre, hermano, hijo, etc.), ocupacionales (empleado, abogado, médico, maestro) y sociales (líder, jefe, obrero, activista). Al interpretarlos afloran diferentes comportamientos y aptitudes.

La patología se la considera entendiendo que el paciente podría estar atrapado dentro de un número restringido de personajes, o quizás sólo uno. La tarea del dramaterapeuta será la de promover en los pacientes el descubrimiento de nuevos comportamientos más acordes a su personaje y el aumento de la cantidad de personajes disponibles para ellos (Meldrum, 2006b).

El modelo se basa en el modelo sociológico y social psicológico de Erving Goffman<sup>1</sup>, que propone que el desarrollo de la persona se da a partir de su

---

<sup>1</sup> Erving Goffman (1922-1982) Fue un sociólogo y escritor considerado como el padre de la microsociología. Estudió las unidades mínimas de interacción entre las personas centrándose siempre en



interacción, y de las transacciones sociales que realiza éste con otras personas de su entorno. También recibe aportes de la teoría de interacción simbólica de George Herbert Mead<sup>2</sup>, la cual postula que los individuos construyen sus personalidades de acuerdo al número y la variedad de personajes que interpretan en el contexto social en que viven, trabajan y participan.

- Teoría de Erving Goffman: el personaje es un término social, se representa en referencia a otras personas. Se define como el comportamiento de una persona que se relaciona con otras tomando una posición determinada. Los demás también aportan sus expectativas acerca de cómo debe comportarse el otro dentro del personaje que desempeña.

Las personas interpretan un personaje para los demás mostrando sólo una parte de su comportamiento posible, es esta apenas una fracción de su verdadero y completo ser.

En la terapia se buscará la conexión que existe entre los personajes que representa el sujeto (si es que existe una conexión), y cómo se da ésta.

Goffman (citado en Meldrum, 2006a) asegura que “no existe nada que indique cuál es la persona verdadera, y la capacidad del paciente para distanciarse del personaje, aumenta la incertidumbre”.

- La teoría de George Herbert Mead: durante la infancia, el niño toma los personajes de las personas de su grupo familiar y los incluye en su juego. Por su parte, en la relación que se da entre los padres y sus hijos surge un proceso que le

---

grupos reducidos, diferenciándose así de la mayoría de estudios sociológicos que se habían hecho hasta el momento, siempre a gran escala.

<sup>2</sup> George H. Mead (1863 - 1931) Filósofo pragmático, sociólogo y psicólogo social estadounidense. Teórico del primer conductismo social, también llamado interaccionismo simbólico en el ámbito de la ciencia de la comunicación.

permite al niño percibir cómo él es percibido. Los padres proyectan por este medio y de manera no verbal sus propias experiencias al niño.

La teoría de Mead sugiere que “el desarrollo de la mente, el yo y la conciencia del yo, es un proceso dinámico en que los niños internalizan las respuestas de los adultos y adoptan sus personajes, los que externalizan por medio del juego” (Meldrum, 2006b)

Por ello asegura que el desarrollo del yo está relacionado a lo social y a lo cultural, esta relación es la esencia de la socialización, ya que el tener una noción del yo significa ser capaz de pensar acerca de uno mismo, desde la perspectiva de otra persona.

El contexto familiar, social y cultural particular en el que nacemos nos brinda la posibilidad de interpretar determinados personajes. El personaje biológico de ser hijo no se aprende por definición, sino por ser enseñados los comportamientos considerados adecuados para ese personaje en el contexto social particular.

Existe además un tercer modelo de personaje desarrollado por un pionero de la dramaterapia como es Robert Landy<sup>3</sup>

Los dos pilares más importantes del modelo son el yo y el personaje, aunque es fundamental agregar un tercer elemento, el otro. El yo, (la singularidad esencial de cada uno) se relaciona con el otro (el que se representa en el mundo social) por medio del personaje.

El distanciamiento es otro concepto fundamental. La persona sobre distanciada, mantiene separaciones muy rígidas entre el yo y el otro, proyectando a los demás sus sentimientos y pensamientos, viendo así al otro como un reflejo de ellos. Esta

---

<sup>3</sup> Robert J. Landy es Licenciado en Arte Terapia Creativa y Dramaterapeuta certificado. Un pionero en la profesión de la dramaterapia con más de 35 años de experiencia clínica.

persona se identifica asimismo fácilmente con las emociones y comportamientos de los demás.

La distancia estética es el punto intermedio entre dos extremos que van del sobre distanciamiento hasta el no-distanciamiento. Este equilibrio es el que busca el dramaterapeuta en la terapia para así fortalecer la habilidad de usar el personaje como un mediador entre el yo y el mundo social.

La personalidad se forma por una sucesión de personajes en capas; si vamos sacando cada personaje capa por capa al final no queda nada. En el centro se encuentra la habilidad de crear personajes, ese es el núcleo, el personaje definitivo, el personificado. Esta habilidad es un acto creativo de donde nace un nuevo personaje, y una nueva persona entra al repertorio dramático.

Estos personajes que creamos contienen todas las características que nos definen como seres humanos, las áreas somáticas, cognoscitivas, afectivas, social/cultural, espirituales y estéticas.

Landy ha desarrollado una tipología de personajes que puede usarse como un anteproyecto para las posibilidades del ser.

En el marco de esta tipología define al personaje como “el contenedor de todos nuestros pensamientos y sentimientos sobre nosotros mismos y los demás en nuestro mundo social e imaginario” (Meldrum, 2006b).

Los personajes, en el teatro, caen en ciertas categorías, las personas demuestran emociones y comportamientos similares a causa de su edad, su estatus social o rasgos de su personalidad.

El objetivo de este tipo de terapias es ayudar a los pacientes a vivir con sus variados papeles, para que así no se abrumen por un solo papel y acepten la ambivalencia de los demás.

### ***1.5.5. Modelo antropológico – ritual***

Este modelo de teatro de sanación, necesita crear una relación metafísica; es decir, más allá de lo físico, de lo natural, sin excluir la relación física, material, corpórea, entre la enfermedad y la salud.

#### ***1.5.5.1. El alejamiento de los rituales***

Cada vez menos en las sociedades contemporáneas, se realizan los rituales que acompañan las distintas etapas de la vida; será por ello que muchos de los personajes rituales, como la partera, el curandero, etc., han sido reemplazados por la ciencia moderna, que actúa sobre el paciente en lugar de interactuar con éste (Jennings et al., 2006).

Mientras disminuyen estos rituales, aumenta la dicotomía entre mente y cuerpo, pensamiento y sentimiento, en detrimento, también, de las creencias y prácticas religiosas.

Los nuevos rituales están más basados en decisiones individuales que en valores colectivos, relegando así los símbolos y apoyo del grupo social a un tratamiento de individuo a individuo.

#### ***1.5.5.2. Los rituales teatrales***

Sue Jennings, en el capítulo que se reserva para sí misma, dentro de la compilación que realizara bajo el nombre de Manual de Dramaterapia, para hablar del teatro de sanación, define a los rituales teatrales como

“una serie de acciones representadas que incluyen metáforas y símbolos, que no sólo nos comunican acerca del cambio, estatus y valores sino que también nos afectan. Esto nos hace pensar, recordar y nos estimula. Nuestras reacciones ante los rituales pueden ser a distintos niveles: psíquicos y corporales, afectivos, cognoscitivos, imaginativo o metafísico” (Jennings S. , 2006, p. 113)

Por otro lado agrega, citando a Lewis, que “los rituales no se hacen solamente para ser interpretados; sino que también; y desde el punto de vista de los que los hacen esto, son para resolver, alterar o demostrar una situación”. (Lewis, 1980, p. 35 citado por Jennings, 2006, p. 113)

Afirma además la autora que los rituales, de cualesquiera sean su tipo, y por los niveles a los que actúa pueden convertirse, y generalmente lo hacen, en una amenaza al orden existente.

Jennings toma de los trabajos de Antonin Artaud, diversos principios básicos que se convierten en esenciales en su trabajo dramaterapéutico (Jennings S. , 2006). Los más importantes son:

1. La búsqueda de un lenguaje a través del sonido y el movimiento: a través de un intenso trabajo de la voz y el cuerpo, es posible descubrir significados nuevos de comunicación. El desarrollo de la voz y el cuerpo, en el “teatro de sanación” corresponde a la etapa de personificación. Una vez desarrolladas estas habilidades es posible experimentar con nuevos modelos de comunicación. Los sistemas pueden ir desde el baile Balines, el yoga, hasta la simple mímica.

2. El uso de imágenes y de imágenes legendarias: se crean imágenes usando cuerdas, cajas, cañas, periódicos, etc. Las imágenes o títeres deben moverse y ser lo suficientemente grandes como para que quepan, al menos, dos personas adentro de él. Luego, se debe improvisar incluyendo varias imágenes en una sola “historia”.

3. Los diálogos entre los opuestos y la reconciliación: muchos descubren, durante el trabajo, que se encuentran en una situación de dos caras, ya que se ven a sí mismos como “totalmente buenos” o “totalmente malos”, o “totalmente confundidos” o “totalmente desvalidos”. Por medio de las imágenes teatrales y metáforas, los opuestos pueden entrar en diálogo. Los pacientes no pueden ver los opuestos como aspectos del mismo concepto sino, más bien como conceptos exclusivos.

4. Triunfo y derrota, orden y caos y finalmente la integración de la metafísica: el triunfo y la derrota, símbolos del teatro solar y lunar de Artaud, se convierten en la hiperactividad y la depresión. Las ceremonias y los rituales son los medios por los cuales se pueden celebrar los triunfos o aceptar las derrotas. La integración metafísica se da en la experimentación del movimiento y el sonido, que nos permite ver nuestro mundo interno, atravesando nuestros sistemas de defensa, tan necesarios para nuestras frágiles identidades.

Por último no se debe olvidar que la capacidad sanativa de este tipo de teatro se da justamente en la estrecha relación entre lo estético y lo funcional.

Conociendo ya los diferentes modelos en dramaterapia, se considera oportuno abordar la metodología específica, cuya estructura es común a todo proceso dramaterapéutico.

## **1.6. Metodología dramaterapéutica**

La dramaterapia entierra sus anclas metodológicas en el proceso que le es más cercano y familiar, el psicodrama. De éste toma la estructura fundamental del encuentro, la distinción de roles específicos y algunos otros elementos que iremos detallando a continuación. Por ello comenzaremos por hablar de la metodología psicodramática indicando en cada caso la manera particular de la dramaterapia.

### ***1.6.1. Nociones generales***

Según Jacob Moreno, en su libro “Psicodrama” el método psicodramático puede constar de procedimientos abiertos o cerrados. Los primeros se realizan en medio de la comunidad, con algún grado de conocimiento del grupo, y en ocasiones incluso su participación. Los segundos definen al teatro terapéutico específicamente. Afirma Moreno que “es un mundo en miniatura”. Aquí se representan todas las situaciones que el mundo produce o puede producir. Los únicos espectadores que se admiten son los yo auxiliares y el reducido grupo que forma parte del proceso que, a entender del autor, son parte del mismo paciente en términos de un paciente colectivo, con componentes individuales (Moreno, 1974).

A continuación es donde se comienzan a abrir las aguas en cuanto a lo que propone Moreno y lo que plantea la dramaterapia. Como el psicodrama reconoce un único paciente protagonista del hecho, pone al resto del equipo en función de éste y la construcción de sus escenas. En cambio en dramaterapia, como ya hemos mencionado antes, el grupo en su totalidad es el foco y el protagonista, por lo que los fenómenos se dan de manera bien distinta.

El padre del psicodrama, por aquellos años, buscaba diferenciarse marcadamente del enfoque artístico del teatro, restándole valor al rol representado y su

valor estético, y poniendo por encima el interés en la personalidad privada del paciente y su catarsis. Claro está en lo expuesto en los capítulos anteriores que la dramaterapia encuentra un valor trascendental en el efecto y distanciamiento estético dentro del proceso terapéutico. Incluso el mismo Moreno admitirá un poco más adelante que dominios terapéutico y estético tienen una relación definida.

### ***1.6.2. Instrumentos***

Moreno distingue cinco instrumentos indispensables para llevar a cabo su psicodrama (Moreno, 1974). Con algunas modificaciones conceptuales, la dramaterapia los toma casi todos ellos aunque de una manera particular.

1°. Un escenario. Un espacio físico diferenciado que puede o no poseer características particulares en cuanto a su forma, dimensión, niveles, iluminación, etc. Aunque también es lícito un abordaje en el lugar preciso donde las personas tienen deseos de alcanzarse o encontrarse (Schurzenberger, 1970).

2°. Un sujeto: para el psicodrama será un individuo que ejerza el rol de protagonista o héroe principal de la acción. En dramaterapia el foco estará puesto en el grupo y su proceso.

3°. Un director: en psicodrama tendrá un rol sumamente activo, como productor de la acción, terapeuta y analista social. En dramaterapia será visto más bien como un facilitador u un orientador.

4°. Un equipo psicodramático: hemos visto en los distintos modelos de dramaterapia, que no siempre es necesario un equipo especializado que funcione de “yo-auxiliar” como sí lo exige el psicodrama. La dramaterapia se vale de los recursos del mismo grupo, de los mismos integrantes y como todas las creaciones son colectivas



los roles de protagonistas y auxiliares están en permanente movimiento y rotación. Por ello no considera necesario un grupo especialmente adiestrado para desempeñar este rol.

5°. Un auditorio: el público (generalmente un grupo restringido de participantes). Muchas veces en dramaterapia el grupo se subdivide para realizar diferentes escenas y los otros grupos le sirven de retroalimentación, a través de los sentimientos experimentados compartidos y de las reacciones que expresan.

6°. A estos cinco instrumentos, la dramaterapia le suma los objetos transicionales (cuentos, historias, muñecos, vestuarios, máscaras, etc.) que sirven al sujeto como medio de proyección de su self y como puente entre el mundo exterior y el mundo interior.

### ***1.6.3. Objetivos de la dramaterapia***

Citando a Jennings, el doctor Torres, en su libro *Dramaterapia* asegura que los objetivos propuestos para la dramaterapia son (Torres-Godoy, 2001):

- Promover la salud intrínseca propuesta por el arte teatral.
- Focalizar sobre los aspectos saludables de la persona, pareja, familia, grupo.
- Desarrollar dramas latentes creativos.
- Fomentar la intuición, metáforas e imaginación dramática
- Practicar habilidades sociales a través de la dramatización y mejorar la calidad de vida.
- Estimular la comunicación a través de la voz y el drama
- Capacitar en el trabajo de temas en distanciamiento dramático

- Maximizar el crecimiento personal y el desarrollo dramático social.

Agrega Pedro Torres que “dramaterapia es un arte y una destreza aplicada al servicio de la prevención, crecimiento, terapia y enriquecimiento” (Torres-Godoy, 2001, p. 21).

#### ***1.6.4. Estructura de la dramaterapia.***

Si bien es cierto que existen diversas estructuras para configurar las sesiones de dramaterapia. Relacionadas estas diferencias con los diferentes modelos y autores que han desarrollado sus propias experiencias. La estructura que propone Sue Jennings, y que toma en gran medida del modelo de psicodrama de Moreno, es la más difundida y aplicada.

Esta es una estructura tripartita, la cual debe estar presente en todo trabajo dramaterapéutico tanto en cada sesión, como en el continuo de sesiones que dan cuerpo al proceso. Este trabajo podrá ser, como la mayoría de las terapias de grupo y de las intervenciones psicoterapéuticas, de tiempo limitado (de unas 12 a 20 sesiones de una y media a dos horas de duración). Las tres etapas son (Torres-Godoy, 2001):

a. Training, preparación, apresto, caldeamiento o puesta en marcha: lo primero que debe lograrse en un encuentro de dramaterapia es poder establecer canales de comunicación entre el grupo y el terapeuta, y que a su vez se puedan establecer relaciones interpersonales cordiales y continentales. Moreno destaca la importancia de tener un contacto directo y personal con cada participante y viceversa, cada participante con el terapeuta (Moreno, 1974). Cada uno debe poder ver y ser visto por todos los demás antes, durante y después de la acción, con el fin de facilitar la

interacción. Este primer momento lleva al grupo a escoger los temas que le interesan. También aquí se establecerán los medios de comunicación a través de los cuales los sentimientos vividos y los sentimientos del grupo podrán fusionarse en un proceso benéfico: catarsis, toma de conciencia, readaptación o reaprendizaje. El fundamento de esta etapa es permitir la afloración de buenas relaciones y crear lazos entre las distintas personas que se encuentran en la sala, así como entre estas y el director.

Agrega Jennings que el training o apresto permite, además, facilitar en los miembros del grupo un sentido expresivo, físico y vocal. Pedro Torres afirma por otro lado, que esta etapa incluye la preparación física y vocal del actor. Es fundamental en esta etapa el juego dramático, con la posibilidad que tiene de poder invocar la voluntad, la capacidad de jugar libre, espontánea y gozosamente y la curiosidad (Jennings et al., 2006).

b. Desarrollo: Aquí se juegan escenas y personajes, el público es observante y participante en los rituales sanativos. Se da una diferencia sustancial en esta etapa del proceso ya que no se preparará a un protagonista para ponerlo en la situación que se desea dramatizar, sino que se utilizan los elementos transicionales para que el grupo pueda representar los temas que surgieron en el apresto, aunque en ocasiones puede suceder lo primero y entonces el individuo sostendrá el tema grupal y será el foco de trabajo (Torres-Godoy, 2001). A esta altura, se aleja de la seguridad relativa del comienzo, para tomar un vuelo de mayor riesgo y luego retornar al ritual y la seguridad del cierre. Se vivencia la capacidad de trabajo laborioso y sostenido dirigido a interconectar, a organizar en un todo los núcleos simbólicos ya asidos, a plasmar totalidades. El grupo es continuamente estimulado a encontrar mayor riesgo en términos de expresión y exploración de sus mundos internos y compartir sus mundos

sociales en el aquí y ahora del grupo. Las técnicas son fundamentalmente extraídas del drama y el teatro, y van desde el trabajo con textos hasta improvisaciones, utilizando títeres, máscaras, juegos, esculturas entre otras.

La obra dramaterapéutica está a un paso de transformarse en conserva cultural, tal y como la define J. Moreno (Moreno, 1974), ya que una de las cosas más importantes para esta disciplina es poder devolver a la comunidad la leyenda, el mito, el cuento, procesado, “digerido”, a través de su ritual de transformación. Las obras que se realizan en dramaterapia son de formato corto, autosacramentales o de autorrevelación, casi un teatro personal. El impacto se producirá siempre que produzca resonancia en los actores y público observante (Jennings et al., 2006).

c. Cierre: si bien conserva alguno de los objetivos clásicos del psicodrama como son la reflexión y la salida de roles, la dramaterapia por su parte, marca una diferencia importante proponiendo un cierre en acción, a modo de rito mágico (Torres-Godoy, 2001). Aunque algunos dramaterapeutas apuestan a que el cierre siempre debe llevarse a cabo de esta forma, respetando los más ancestrales elementos rituales de que se nutre la dramaterapia, y dejando las resonancias reflexivas de los involucrados para que se produzcan individual o grupalmente pero a posteriori, en los sueños o en la vida diaria; otros, invitan al grupo a reflejar su experiencia libremente, corriéndose de los roles dramáticos y pudiendo hablar de ellos desde sí mismos. Es en este punto donde aseguran los dramaterapeutas que sostienen este tipo de cierre, donde puede suceder el proceso de insight acerca de maneras habituales de ser, y otorga ideas acerca de qué tipo de cambio podría ser apropiado. Esta parte del proceso ocupa al menos el tercio de la sesión y se prosigue incluso con tomas de conciencia ulterior. Cada uno expresará lo que ha sentido y los pensamientos que les ha sugerido la

representación. Cuando el trabajo se ha realizado en subgrupos, los primeros en hablar son los que han tomado parte de la acción continuando con el auditorio. En esta etapa se promoverá la capacidad de lanzarse plenamente al mundo de las formas, dar a conocer, difundir, entregar, regalar y desprenderse de esa obra tan amada que ya, como dijimos antes, tiene vida independiente y será convertida en reserva cultural.

En conclusión, la dramaterapia es una disciplina colectiva que se vale de todos los recursos que ofrece el drama y el teatro para canalizar la potencialidad del mundo interno de los miembros del grupo en una manifestación creativa, con la necesaria distancia estética que permite al individuo involucrarse en nuevos roles y experiencias sin sentir que se pone en riesgo su propio ser. Se sirve, además de los antecedentes teóricos y metodológicos del psicodrama, incluyéndolo en su estructura y proponiendo mecanismos y técnicas alternativas que privilegian en mayor medida, la acción, la creación grupal y la vivencia colectiva. Podemos afirmar que se diferencia del teatro sólo en su objetivo final, puesto que la obra a representar no persigue fines estéticos ni comerciales, pero sí o sí debe haber un producto que culmine el proceso creativo, desde la expresión, hasta la representación.

## **2. SEGUNDA PARTE: TRASTORNOS MENTALES GRAVES O SEVEROS (TMG)**

En el presente apartado presentaremos una descripción de lo que se define como trastornos mentales graves o severos, características más importantes, criterios diagnósticos, etc.

### **2.1. Definición De Trastorno Mental Grave**

Existe un consenso generalizado acerca de la necesidad de delimitar correctamente esta población, con el fin de identificar sus necesidades y poder diseñar programas de atención y soporte en la comunidad.

Quizás la definición más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso sea la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987, y que incluye tres dimensiones:

1. Diagnóstico: incluye a los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de la personalidad
2. Duración de la enfermedad y del tratamiento: tiempo superior a los dos años.
3. Presencia de discapacidad: existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global, que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar (Gilbert-Aguilar, 2003).

Se incluirá a las personas que cumplen los criterios diagnósticos de, por lo menos, una de las siguientes categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1992):

Trastornos esquizofrénicos (F20.x)

Trastorno esquizotípico (F21)

Trastornos delirantes persistentes (F22)

Trastornos delirantes inducidos (F24)

Trastornos esquizoafectivos (F25)

Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29)

Trastorno bipolar (F31.x)

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)

Trastornos depresivos graves recurrentes (F33)

Trastorno obsesivo compulsivo (F42)

Se encuentra en discusión, además, incluir en los criterios a los trastornos de personalidad con frecuentes trastornos de conducta y uso frecuente de servicios de Salud Mental; y los trastornos por consumo de sustancias (Gilbert-Aguilar, 2003).

Otros criterios alternativos son los siguientes:

- Haber recibido tratamiento psiquiátrico más intensivo que el ambulatorio más de una vez a lo largo de la vida.
- Haber recibido apoyo residencial continuo distinto a la hospitalización por un tiempo suficiente como para haber interrumpido significativamente la situación vital.

En resumen, definiremos al paciente con trastorno mental grave, como aquél enfermo mental que lleva más de dos años en situación más o menos continuada de desprotección personal, que requiere ayuda económica pública, incapaz de mantener una red personal de apoyo social, que necesita ayuda para cubrir aspectos básicos

cotidianos, que presenta una conducta social inadecuada, que requiere intervención sanitaria frecuente, y a veces, protección jurídica (Laviana-Cuetos, 2006).

## **2.2. Duración de la Enfermedad**

Se ha utilizado como criterio para establecer el trastorno mental grave, una evolución de trastorno de dos años o más, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos seis meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación) aunque remitan los síntomas.

El criterio de duración del trastorno intenta discriminar al grupo de personas que presentan trastornos de duración prolongada, y descartar los casos que, aunque puedan presentar síntomas o diagnósticos de gravedad, aún tienen un tiempo corto de evolución y por tanto un pronóstico todavía no muy claro.

## **2.3. Presencia de Discapacidad**

Definida mediante la afectación de moderada a severa del funcionamiento personal, laboral, social y familiar, y que se mide a través de diferentes escalas (Gilbert-Aguilar, 2003).

Esta discapacidad produce limitaciones funcionales en actividades importantes de la vida y al menos incluye dos de los siguientes criterios de forma continua o intermitente:

- Desempleo, o empleo protegido o apoyado, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre.
- Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital y es posible que precise apoyo para procurarse dicha ayuda.
- Dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal.



- Necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria, como higiene, preparación de alimentos o gestión económica.
- Conducta social inapropiada que determina la asistencia psiquiátrica o del sistema judicial.

En general, las personas que sufren este tipo de trastornos presentan en mayor o menor medida déficit en alguna o en varias de las siguientes grandes áreas que deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar la severidad de la pérdida de desempeño social:

- Autocuidados (falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables, etc.).
- Autonomía (deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, nula utilización del ocio y tiempo libre, dependencia económica y mal desempeño laboral).
- Autocontrol (incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc).
- Relaciones Interpersonales (falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales)
- Ocio y tiempo libre (aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés).
- Funcionamiento cognitivo (dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información).

Estas discapacidades o dificultades en el funcionamiento psicosocial generan problemas para el desempeño normalizado de roles sociales, y en interacción con diferentes factores y barreras sociales (estigma, rechazo social, insuficiencia de

recursos de atención y soporte social, etc.), originan un riesgo de desventaja social y marginación (aislamiento social, desempleo, pobreza, falta de vivienda, exclusión social) (Gilbert-Aguilar, 2003).

#### **2.4. Problemas y Necesidades**

Las personas que sufren enfermedades mentales graves y crónicas como esquizofrenia u otras psicosis, presentan problemas muy complejos que no se reducen a la sintomatología psicopatológica, sino que afectan asimismo a otros aspectos como el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad.

No debe olvidarse que aunque se compartan problemas más o menos comunes, éstos se concretan en cada individuo, en cada persona, de un modo particular e individualizado en función de la interacción de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la historia y la vida de cada uno de ellos, y asimismo en función de la atención y servicios que reciben.

El grado de discapacidad y gravedad dentro de este colectivo de pacientes puede ir desde una remisión sintomática completa, con un nivel de funcionamiento dentro de los parámetros de normalidad, hasta un desarrollo psicopatológico tan severo que produce grave deterioro personal, exigiendo una atención intensa y una supervisión constante. En el medio están las personas con recaídas periódicas que generan retrocesos o deterioros en su funcionamiento, y que requieren no sólo atención y tratamiento psiquiátrico, sino también, programas de rehabilitación y apoyo social para que logren integrarse e independizarse lo más posible.

Como personas y ciudadanos que son, antes que enfermos mentales, comparten con el resto de la población problemas y necesidades comunes, y además

presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas a los problemas psiquiátricos y psicosociales propios de este grupo.

Entre las necesidades más importantes de las personas con trastornos mentales graves se podrían indicar las siguientes:

1. Atención y tratamiento de la salud mental: adecuados procesos de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico que permitan controlar su sintomatología psicopatológica, prevenir la aparición de recaídas y en su caso controlarlas, así como mejorar su funcionamiento psicológico.

2. Atención en crisis: a través en muchos casos de la hospitalización breve, es necesaria para la estabilización psicopatológica y posibilitar la recuperación del nivel de funcionamiento.

3. Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social: esencial para la adquisición y recuperación de habilidades necesarias para la vida normalizada en la comunidad; el apoyo flexible y continuado es necesario para favorecer una integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares.

4. Rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del trabajo: Son necesarios programas de rehabilitación laboral dirigidos a la orientación y adquisición de hábitos laborales y habilidades que faciliten el acceso al mercado laboral, y el mantenimiento en el mismo, así como programas adaptados de formación ocupacional para la mejora de la cualificación profesional.

5. Alojamiento y atención residencial comunitaria: Es necesario disponer de alternativas de vivienda y atención residencial. Su inadecuada cobertura contribuye a generar un conjunto de consecuencias negativas, entre otras:

a. Incremento del fenómeno de la puerta giratoria, al aumentar los reingresos hospitalarios

b. Uso inadecuado de la atención hospitalaria

c. Dificultad para la desinstitucionalización de los pacientes que permanecen internados

d. Aumento del riesgo de situaciones de marginación sin hogar

e. Sobrecarga de algunas familias, desbordadas por el cuidado y convivencia con su familiar enfermo.

6. Apoyo económico: Es necesario garantizar la cobertura de sus necesidades económicas mínimas cuando no cuentan con otros ingresos, ni tienen apoyo económico de sus familias, tanto para evitar situaciones de pobreza como para facilitar su autonomía y manejo en el entorno social.

7. Protección y defensa de sus derechos: Es preciso asegurar y promover la defensa y protección de sus derechos tanto en dispositivos de atención y tratamiento como en la vida cotidiana.

8. Apoyo a las familias: Las familias constituyen el principal recurso de cuidado y soporte comunitario de las personas con trastornos mentales graves. Es necesario proporcionar a las familias apoyo, información, educación y asesoramiento para dotarse de estrategias y recursos para manejar y mejorar la convivencia y ser agentes activos de la rehabilitación, así como para mejorar la calidad de vida de la propia familia (Gilbert-Aguilar, 2003).

## **2.5. Conclusiones**

Aquí hemos podido hacer una síntesis de los aspectos más importantes de los pacientes incluidos en el colectivo de personas con Trastornos Mentales Graves. Estas personas forman parte, además, de los talleres de dramaterapia con los que se trabaja en los diferentes espacios de rehabilitación que nuestra investigación incluirá. Es fundamental conocer estos aspectos descriptivos ya que orientan al lector en la problemática que el terapeuta teatral debe afrontar día a día en sus talleres.

### **3. TERCERA PARTE: EXPERIENCIAS DRAMATERAPÉUTICAS**

#### **3.1. Algunas investigaciones y experiencias dramaterapéuticas con pacientes con Trastornos Mentales Graves.**

##### ***3.1.1. Dramaterapia con grupos de rehabilitación***

Steve Mitchell desarrolla el teatro de la auto-expresión con grupos de pacientes de rehabilitación del Hospital Lancaster Moor de Inglaterra. La mayoría de estos pacientes son de día, ya que después de muchos años hospitalizados, se han reinsertado en la comunidad. Son pacientes esquizofrénicos controlados mediante inyecciones de liberación sostenida y otros medicamentos. Además, como parte del tratamiento que siguen, participan en el Departamento de Terapia Ocupacional en forma regular (Mitchell, 2006).

El trabajo con estos pacientes es de “terapia de apoyo”, no se trabaja con los motivos de su enfermedad. Se utiliza el modelo de dramaterapia de “teatro terapéutico” para dirigirse en forma indirecta a los roles en expansión, asegura Mitchell, y agrega, también se evalúan asuntos de comunicación interpersonal y se les brinda a los pacientes la oportunidad de experimentar nuevas emociones por medio del personaje (Mitchell, 2006).

En este contexto, el ensayo de un “papel”, toma lugar mediante el trabajo con historias particulares y el desarrollo de personajes específicos, el ensayarlos y representarlos entre unos y otros. Al describir su tarea dice que primeramente escoge una historia, un texto conocido, como por ejemplo “El Mercader de Venecia” y en la primera sesión se las cuenta actuándola. En la segunda sesión, les pide que, por medio de figuras, repitan la historia o aquellos elementos que recuerdan especialmente. La tercera sesión involucrará el hacer un dibujo de cualquier momento de la historia que se les haya quedado grabado en la memoria y, finalizarán la sesión con la actuación de

cada paciente como “director” y, haciendo una escultura de su momento en la obra. De allí en adelante, y siempre siguiendo la descripción de Steve Mitchell, las sesiones servirán para expandir el proceso, al establecer distintos “fotogramas” o esculturas y al pedirles a los pacientes que animen sus esculturas en cualquier forma que elijan. En esta parte del proceso los pacientes actuarán como dramaturgos y como director. Cuando la escena ya inició su acción y está avanzada, se les pide a los pacientes-dramaturgos-directores que asuman un personaje clave, que sea importante para ellos en la escena, y el coordinador-terapeuta, asume el rol de director ayudándolos a expresar las emociones que el personaje experimenta en su escena. En esta última parte también se utilizarán vestuarios y utilería (Mitchell, 2006).

Estos grupos duran tres meses y se reúnen una vez por semana durante una hora y media.

### ***3.1.2. Dramaterapia con grupos de pacientes hospitalizados graves.***

El mismo autor, en esta oportunidad, nos describe su experiencia en el pabellón de ingreso para enfermos de gravedad del Ridge Lea Hospital en el Reino Unido.

El fundamento de estos grupos era preparar a los pacientes hospitalizados para cuando se les diera un permiso para salir del hospital por un día, un permiso extendido o para cuando se les diera el alta y para analizar los asuntos referentes al abandono del hospital después de un enfermedad grave. Los pacientes concurrían un promedio de tres sesiones, una por semana (Mitchell, 2006).

Al comienzo de cada sesión se realizaba una pequeña introducción, en la que se les preguntaba a los pacientes si deseaban quedarse, ya que era un espacio que

no tenía un sistema de derivación bien definido. Los que aceptaran el compromiso se quedarían durante una hora y media, y participarían activamente.

La tarea comenzaba con simples ejercicios introductorios como ir en círculo y decir sus nombres, hacer parejas con personas que no conocían y compartir algunos datos personales, si tenían ganas de salir de permiso, etc. Luego se les pedía que buscaran otra pareja y en esta oportunidad les contaran qué extrañarían del hospital cuando llegaran a sus hogares. Para finalizar, se les pedía que pensarán en algún objeto preciado de sus casas, algo que fuera positivo para ellos. Agrega Mitchell, que luego de estos ejercicios de apresto, ellos regresaban al grupo más grande y compartían con el resto cuál era su objeto preciado y qué es lo que sus compañeros habían dicho que extrañarían del hospital cuando llegaran a sus casas (Mitchell, 2006).

Posteriormente le seguía un pequeño ejercicio de relajación que los conducía a una corta fantasía guiada, que invitaba a hacer el viaje desde el hospital a su casa, la llegada, y si existía alguna situación del permiso que les preocupara particularmente. La tarea principal del grupo era compartir en forma oral los diversos elementos de la fantasía guiada y esto llevaba, inevitablemente, a enfocarse en cada uno de los miembros del grupo (Mitchell, 2006).

Finaliza la sesión con una relajación y con ejercicios de respiración, los que podían utilizar cuando salieran de permiso.

En la investigación titulada de esta manera, Ruddy RA y Dent-Broen K. tenían por objetivo evaluar los efectos de la dramaterapia y los enfoques relacionados como un tratamiento adyuvante para la esquizofrenia en comparación con la atención estándar y otras intervenciones psicosociales (Ruddy & Dent-Brown, 2006).



Entienden ellos que la dramaterapia es una de las terapias creativas consideradas de valor como un tratamiento adyuvante para las personas con esquizofrenia o enfermedades similares a la esquizofrenia.

Luego de recopilar e incluir, en el trabajo, todos los ensayos controlados aleatorios que compararon la dramaterapia, el psicodrama y los enfoques relacionados con la atención estándar u intervenciones psicosociales para la esquizofrenia, los autores concluyeron que dichos estudios son posibles en esta área. Sin embargo, la utilización de la dramaterapia para la esquizofrenia y las enfermedades similares a la esquizofrenia debe permanecer en evaluación dado que sus beneficios, o daños, son aún inciertos. Esta incertidumbre se debe que, según sus estudios, los informes de los estudios son deficientes, cuando no incompletos o faltos de rigurosidad científica, por lo que no se pudo formular ninguna conclusión sobre ellos. Por consiguiente se requieren, aseguran los autores, estudios adicionales amplios y de mejor calidad para determinar el verdadero valor de la dramaterapia para la esquizofrenia o las enfermedades similares a la esquizofrenia (Ruddy & Dent-Brown, 2006).

### ***3.1.3. Dramaterapia en el tratamiento de las emociones***

Cornejo y Brik Levy, trabajaron durante años en la Clínica Bowden House en un programa llamado “The management of emotions”, de este trabajo destacan la importancia fundamental de poder contar nuestro cuento personal y las trágicas consecuencias de no hacerlo. Cada persona, agregan, lleva a la terapia el drama de su vida, las experiencias que construyen el cuento personal que nunca ha sido contado (Cornejo & Brik Levy, 2003).

Sin embargo, Alice Miller<sup>4</sup>, agrega que tan importante como contar nuestra historia personal es el “otro” que la escucha. Ella destaca la importancia de la persona que escucha y es capaz de entender y comprender la historia. La comprensión y el entendimiento del otro es, para ella, la llave que abre la puerta de la recuperación emocional (Cornejo & Brik Levy, 2003).

El individuo que llega a terapia, tiene un bloqueo psicológico respecto de una experiencia que no ha sido contada ni entendida. Este individuo necesita la presencia de una persona empática que provea un espacio seguro donde las dificultades, las fantasías y los dilemas inconscientes puedan ser externalizados, elaborados y comprendidos.

Cuando hablamos del tratamiento de las emociones, aseguran los autores, invariablemente hablamos primero del yo y su relación con las emociones. Muchas veces en la consulta del terapeuta se encuentra con la representación de un ego muy débil, pequeño y aterrorizado en relación con una emoción grande, fuerte y amenazadora.

Cornejo y Brik Levy se han dedicado a trabajar en grupos dramaterapéuticos constituidos por diferentes tipos de pacientes, con el objetivo de lograr conectarse y elaborar las emociones y superar los bloqueos con los que ellos llegan. Han tenido en cuenta, además, que para la transformación de las emociones es muy importante para el paciente lograr expresarla a través de la comunicación verbal o no-verbal de la representación, comunicar esa emoción a alguien que entienda y que acepte sin juzgar, apropiarse de la emoción, aceptar las emociones sentidas y poder elaborar la emoción y lo que ésta incluye. Por su parte, para el terapeuta es

---

<sup>4</sup>Alice Miller (1923 –2010) fue una psicoanalista conocida por su trabajo en maltrato infantil y sus efectos en la sociedad así como en la vida de los individuos. Obtuvo su doctorado en filosofía, psicología y sociología en 1953 en Basilea.

indispensable la aceptación de la emoción sin juzgar, validar las emociones expresadas por el paciente, fomentar el rol del observador en el paciente, fomentar la elaboración de las emociones y diferenciar las emociones del ego.

### **3.2. Experiencias de Teatro Terapéutico en Instituciones Psiquiátricas Argentinas**

Asegura Sava, en la introducción de su libro *Arte y Desmanicomialización*, que el arte y la creatividad permite mostrar y demostrar los efectos a nivel terapéutico, institucional y social, sobre las personas que viven en el manicomio o son atendidos ambulatoriamente y clínicamente diagnosticados como enfermos mentales (Sava, 2008)

La posición que sostiene Alberto Sava como fundador del Frente de Artistas del Borda, como así también la mayoría de los proyectos que se describirán en este apartado, es fuertemente política y revolucionaria; desde las “trincheras” y las “márgenes”, desde la “resistencia”, como lo definen sus precursores. Quizás por el contexto histórico argentino en donde surgen gran parte de estos movimientos, o por la condición particular del “paciente psiquiátrico” en nuestro país; los espacios artísticos fundados en el interior de los hospitales se han visto en la necesidad de tomar una postura crítica sobre prácticas institucionales, aspirando a la inclusión social de los participantes. Esto último sin dejar de lado, sino más bien sumando un objetivo extra a los que se limita a proponer la dramaterapia en sus lineamientos teóricos. Para reforzar esta idea, el autor cita a Pichón Riviere, quien en su definición de artista lo coloca a este en el papel de agente de cambio, dado que aborda los problemas de sus semejantes y se anticipa; agente de cambio que también define el rol del terapeuta.

### ***3.2.1. Frente De Artistas Del Borda – Ciudad De Buenos Aires***

El FAB surge “como herramienta de denuncia y transformación social desde artistas internados y externados en el Hospital Borda”, nos explica Alberto Sava (2008, p. 32) en su libro “Arte y Desmanicomialización”. Y asegura que el vínculo que se genera con la sociedad es permanente, a través de sus diferentes formas de presentación de las diversas producciones artísticas (Sava, 2008, p. ).

En los años de su gestación, post dictadura militar, numerosos movimientos comenzaron a surgir como un discurso crítico a las prácticas instaladas. Especialmente en salud mental tuvo un renacimiento la “reforma psiquiátrica” cuya crítica principal era el manicomio, la internación y el trato rígidamente jerarquizado que estos auspiciaban. El FAB se instaló como resabios de un fallido intento por incluir al hospital Borda en el proceso de Desmanicomialización que la “reforma” demandaba. Sin embargo, y Sava lo deja muy en claro en su texto, este movimiento artístico e ideológico se conforma como independiente a pesar de funcionar físicamente dentro del hospital Borda (Sava, 2008).

Al comienzo del proyecto se convocó a unas cincuenta personas internadas con inclinaciones artísticas y se les propuso crear un grupo de artistas para que, a través del arte, ayudaran a transformar la realidad del hospital. En poco tiempo y en contexto de asamblea (práctica fundamental en la metodología de teatro revolucionario que proponen sus precursores), surgió el nombre de Frente de Artistas del Borda, intentando expresar la identidad del grupo.

Desde este momento fundante, dice Sava, se perfila el camino a seguir: “el arte del Borda fuera del Borda”. Dada la clara impronta de la psicología social que aporta su fundador, este reconoce en la denominación y horizonte del grupo a

la tarea, actuando como articuladora y organizadora del mismo. Como cualquier grupo de artistas, los talleres siempre están ligados a la búsqueda de la creación (Sava, 2008).

Inmediatamente después, agrega que la práctica apunta a revertir los efectos deshumanizantes que se generan tanto en la institución manicomial como en la sociedad, esto se lograría creando la oportunidad a los protagonistas para recuperar las características propias de ser personas, favoreciendo un readueñamiento del cuerpo y de la palabra legítima (Sava, 2008). Más aún, haciendo circular estas producciones artísticas, se producen tres efectos: subjetivo (la pertenencia a un colectivo y el compromiso a través de la tarea promueven el fortalecimiento de la identidad), institucional (la denuncia del artista hacia el exterior, se multiplica y vuelve hacia adentro permitiendo profundizar el debate sobre esas problemáticas) y social (esto permite que las fantasías sociales sobre la locura imposibilitada se vayan cayendo).

La creatividad constituye una forma de libertad a la que puede acceder un ser humano mediante una participación activa. Al expresar sus rasgos más propios, sus deseos más íntimos de un modo socialmente aceptado, permite recuperar algo de la singularidad socavada por el manicomio, inscribiendo una marca subjetiva.

El FAB se organiza en varios talleres artísticos entre los que se pueden mencionar Teatro, Marionetas, Música, Mimo, Teatro Participativo, Expresión Corporal-Danza, etc. Además se les da un taller teórico sobre Desmanicomialización, eje de la ideología del Frente. Los talleres funcionan con un equipo de coordinación interdisciplinaria integrado por:

- Coordinador artístico: transmite los recursos prácticos y conceptuales propios de su disciplina artística, coordina un proceso creador grupal y

aporta su conocimiento de los códigos de las relaciones profesionales y humanas en su campo de acción.

- Coordinador psicológico: trabaja no sólo con los obstáculos a la tarea en cada taller, con los efectos y movilizaciones grupales que despierta una disciplina artística, sino además optimizando las relaciones vinculares y la circulación de la palabra, posibilitando así la creación colectiva. Puede, además sumarse otro tipo de saberes que aporten su particular mirada frente a este proceso.

- Colaboradores: suelen ser estudiantes de arte, de psicología, psicología social y otras disciplinas.

El espacio promovido no cumple una función de simple recreación o distracción para sus integrantes, sino que se desarrolla como un ámbito de aprendizaje, donde se busca la creación de una producción artística de calidad, reconocida por otros, traspasando así los muros del hospital.

Por otra parte, nos sigue describiendo el autor, las asambleas son un dispositivo fundamental en el funcionamiento del FAB. A partir de éste, se aborda de modo horizontal las relaciones de poder, para llevar a cabo una experiencia de transformación en donde estén implicadas todas las personas que tengan participación en el proyecto. Se da de manera quincenal y su contenido gira en torno a cuestiones organizativas y a otras, destinadas a reflexión de lo considerado relevante. Es allí donde se toman todas las decisiones referentes al grupo y sus actividades (Sava, 2008).

### ***3.2.2. Hospital Carlos Pereyra – Mendoza***

Elena Schnell, fundadora de los talleres de teatro en el Hospital psiquiátrico Carlos Pereyra en el año 1995, nos introduce a su experiencia reflexionando

acerca de los hechos teatrales. Estos, entiende ella, no necesariamente deben ser mostrados a un público, ya que esta característica esencial en el arte teatral, no es imprescindible con el grupo de personas con las que trabaja (Schnell, 2010).

Los Dispositivos Arteterapéuticos, como se definen en dicha institución a todos los talleres artísticos con la asistencia de un coordinador terapéutico, que se realizan allí con los pacientes, define roles específicos a cada sujeto del equipo. El coordinador artístico, será quien ofrezca los métodos y técnicas necesarias a través de los cuales se despliega la actividad específica de cada taller. Por su parte, el coordinador terapéutico realiza la observación y la transmisión de lo observado al finalizar cada encuentro. De este modo, se propicia un espacio de elaboración grupal acerca de lo acontecido en cada taller. Esta es la más clara muestra de la impronta terapéutica de la tarea, o al menos la más evidente, ya que todo el proceso creativo es considerado una herramienta a través de la cual, se hace efectivo dicho efecto. Sin embargo, los autores que realizan esta descripción, a la hora de intentar definir ese “efecto terapéutico”, murmuran respuestas poco claras incluso para ellos mismos, afirmando que la sensación que ocurre es de una especie de mutación sutil, algo que apacigua porque es opuesto a la desinvestidura y por lo tanto creativo. A lo que agrega, “algo surge allí y causa deleite y complacencia, es decir, belleza” (Schnell, 2010, p. 19).

En los dispositivos se trabaja con pacientes internados, gravemente perturbados, en situación de urgencia y crisis, aunque también existen dispositivos donde se trabaja con pacientes crónicos, de manera ambulatoria.

Los requisitos mínimos para poder participar de estos talleres es, que no presenten severa excitación psicomotriz, y que puedan comprender consignas simples. Generalmente son grupos de alrededor de 12 personas que reúnen estas

características. Una característica distintiva de la composición de estos talleres, es la altísima rotación de sus participantes, ya que apenas un diez por ciento se mantiene relativamente en el tiempo y el resto es permanentemente cambiante (Schnell, 2010).

El método que propone Schnell va desde lo físico a lo psíquico, el camino va desde las acciones físicas, proceso externo, hasta las emociones que surgen en el interior y como consecuencia de las primeras (Schnell, 2010).

Este método de las acciones físicas pone el acento en las acciones corporales y vocales del actor, exigiendo un exhaustivo entrenamiento de estas. La razón para trabajar con estas técnicas se desprende de detectar que el esquema corporal de los pacientes es muy precario, son inestables, de andar pesado, su postura es encorvada y retraída y el gesto devaluado (Schnell, 2010). Para lograr romper con todo esto se utiliza las herramientas de Grotowski y Barba para provocar un desequilibrio, un despegue del piso, abrir el cuerpo, subir los brazos, caminar en puntas de pie, etc.

La actividad concreta comienza con la convocatoria de los pacientes en los servicios de internación, y su traslado al salón comedor, donde se realizan las actividades. Una vez acondicionado el lugar se forma una ronda y se hace la presentación, se explica acerca del taller, qué se hace y cómo se trabaja, se presenta a los coordinadores y quiénes participarán ese día (Schnell, 2010). Luego de esto comienza la acción transformadora y provocadora de la que hablábamos antes, en esta etapa se dan los juegos teatrales y las dramatizaciones, en las que se trabaja con el relato de los pacientes, o con lo observado por los coordinadores o por una propuesta específica de un tema en particular que hace el coordinador artístico. Este proceso desenlaza en una reflexión final, orientada por las preguntas acerca de cómo se



sintieron, que les pareció el trabajo, etc. Aquí, el coordinador terapéutico hace intervenciones buscando que los pacientes puedan ampliar el campo de su conciencia.

A medida que los noventa minutos de taller transcurren, la mirada, el gesto, la actitud, la relación con el otro se va modificando a partir de la participación de cada uno en la construcción de algo. El motor que los impulsa tiene que ver con el interés, la curiosidad, el disfrute, el desafío, el intercambio de opiniones, acciones, sensaciones.

En algunas oportunidades, asegura Elena Schnell en su libro *Un teatro necesario*, el proceso se cristalizó en puestas en escena originadas en los mismos talleres, estas nunca se exponían más de tres o cuatro veces a la mirada del público, incluso algunas una sola vez o ninguna. Los propios participantes decidían cuando dejar de hacer presentaciones y la ansiedad los movilizaba, “casi compulsivamente”, a interesarse por un nuevo proyecto. Acerca del efecto terapéutico de estas presentaciones, la autora no se extiende y prefiere hacer una reconstrucción anecdótica de aquella experiencia, en la cual, a los fines de nuestro trabajo no es necesario reparar (Schnell, 2010).

### ***3.2.3. Servicio de Rehabilitación del Hospital El Sauce – Mendoza***

Es muy escueta la información que se encuentra acerca de las prácticas de teatro terapéutico en esta institución. Tomaremos, para este apartado, algunos párrafos del trabajo presentado en la Primera Muestra de Artistas Internados en el Hospital El Sauce en el año 1998, publicado en el libro *Arte y Desmanicomialización*, ya anteriormente citado.

Según el artículo, en el Servicio de Rehabilitación del hospital, “se pretende demostrar el valor de toda persona humana en sí y la posibilidad que tiene de manifestar y desarrollar sus capacidades apoyándose en lo ‘sano’” (Sava, 2008, p. 82)

Y continúa más adelante,

“a través de las actividades se puede mostrar y rescatar la parte positiva de la persona, parte que a veces queda aislada y postergada. El paciente se siente solo, se aísla y pierde el contacto con la realidad. La actividad le permite conectarse con la realidad, relacionarse con sus compañeros y sacar aspectos sanos que están ocultos” (Sava, 2008, p. 83).

Termina diciendo el documento:

“Promovemos la actividad artística en las personas internadas y externadas de los hospitales psiquiátricos, considerando que el arte permite al sujeto desplegar sus capacidades creativas y de esa manera, constituir el lazo social que posibilita su rehabilitación y reinserción social. Expresión, creatividad, libertad, transformación... todo cabe en la grandeza y pequeñez del hombre, donde residen valores que dan sentido a su existencia y que pugnan por su necesidad de trascender” (Sava, 2008, p. 84).

Por último, repetimos las palabras de un usuario de estos talleres, rescatadas por el texto ya citado y que dicen: “Esta experiencia me dejó el saldo que los locos podemos hacer muchas cosas. Integramos la sociedad y debemos mezclarnos y compartir; y yo, a través del teatro. Porque el arte nos comunica, nos une.” (Martí, 2008, p. 85)

#### ***3.2.4. Grupo Arlequines de Sala 13, Hospital Dr. Julio C. Perrando – Chaco***

La experiencia que pudimos recoger acerca del trabajo arteterapéutico en el Chaco, fue extraída de la misma fuente antes citada, cuyo artículo redactó la Dra. Marisa Laura Bozíkovic de Rodríguez en el año 2007 (Bozikovic de Rodriguez, 2008).

El grupo Arlequines de Sala 13, nacido bajo la premisa de desmitificar la imagen del paciente psiquiátrico y reinsertarlo en la familia y la comunidad, comienza su actividad en el año 1991 acompañado y promovido por la Red Argentina de Arte y Salud Mental. Con sus obras, confiesa Bozíkovic de Rodríguez, se proponían transmitir, enviar un mensaje a la comunidad que permitiera modificar el imaginario social de la locura, como así también denunciar situaciones y realidades injustas que van en contra la dignidad de las personas y violan sus derechos (Bozikovic de Rodriguez, 2008).

Puertas adentro, en los espacios creativos que se generan, se produce un efecto terapéutico y permite modificar la estereotipia de los roles.

La conformación de este grupo está dada por pacientes, médicos, enfermeros, artistas invitados y la Coordinación General de Marisa Laura Bozikovic de Rodríguez, permitiendo un espacio de participación.

Es claro el accionar ‘político’ de este grupo de trabajo, que a través de los años ha ido sorteando obstáculos para lograr la legitimación de un espacio abierto para la salud mental, dentro de un hospital general. Sus obras, el contenido de ellas, siempre invitan a reflexionar acerca del padecimiento mental de las personas, desde una óptica humanizada y crítica, a la vez que insiste, una vez más, en su lucha ineludible por la desmitificación de la peligrosidad de la locura ante el imaginario social, persiguiendo el objetivo central de integrar a las personas con sufrimiento mental a la familia y a la sociedad (Bozikovic de Rodriguez, 2008).

### ***3.2.5. La recuperación del cuerpo y la palabra, Hospital Escuela de Salud***

#### ***Mental – San Luis***

Cuando Nuris Quinteros; psicodramatista, danzaterapeuta y coordinadoras de la actividad del trabajo corporal/creativo en el Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis, comienza a describir los comienzos, nos relata que el espacio utilizado para la tarea era cualquier lugar, es decir, un rincón del pasillo, frente a la sala de internación, en las puertas de comunicación de los sectores. Asegura que para cambiar la única posibilidad era incomodar, provocar, molestar con música y reuniones en los lugares de circulación (Quinteros de Pellegrini, 2008).

Después de un breve trabajo corporal, dice Quinteros, se sentaba a fumar con los pacientes y dialogar sobre algunas temáticas que, en general, tenían que ver con las ventajas de la no violencia, fenómeno contrario a lo que muy comúnmente se daba en aquellos espacios. De esos ‘largos discursos’ tomaba ciertos acontecimientos como muy incipientes, como una baja de la agresividad, cierta modificación favorable de las facies, una efímera capacidad de escucha, para realizar hipótesis de un trabajo a desarrollar (Quinteros de Pellegrini, 2008).

Al principio, continúa diciendo,

“me propuse cambiar el instituido de llamarlos con diminutivos o sobrenombres que hacían alusión a sus características físicas o conductuales y decidí llamar a cada uno por su nombre anteponiendo el señor o señora, de este modo se instalaba una distancia operativa respetuosa y daba un ordenamiento a la tarea como parte de un tratamiento, donde lo corporal facilitara el encuentro con el sí mismo, y la

posibilidad de entenderse en lo concreto como sujetos de derechos”(Quinteros de Pellegrini, 2008, p.163).

El arte no debe pretender edulcorar el encierro convirtiéndose en otro elemento de dominación, encierro, empobrecimiento y cristalización en la locura. Por el contrario, si

“ese movimiento es denuncia de la suciedad, la opresión, la parálisis y el maltrato, entonces el arte opera como herramienta puesto al servicio de la acción, de la recuperación de la palabra, para llamar a las cosas por su nombre, para poder operar sobre la realidad y transformarla” (Quinteros de Pellegrini, 2008, p. 164).

Siguiendo la línea de lo terapéutico, afirma que en la escena del cuerpo en movimiento se privilegia el diálogo visual, la escucha encuentra un lugar de representación dramática, el silencio deja de ser silenciante, el grito no se obtura. Por ello la descarga psicomotriz era el modo de reencuentro implementado para pasar de la negación de la condición humana al espacio de conocimiento y reconocimiento que luego se completaría con el logro de la palabra hablada.

En los talleres, y luego de una primera parte relacionada con la limpieza del lugar, dedicaba un largo tiempo a la palabra, para generar un espacio de contención y soporte al llanto, la descarga tóxica del pasado que se avenía no como un regodeo amarillista en el espanto, sino como una metabolización del hecho. Luego se trabaja a partir de la música, canciones con letras y ritmos significativos, que se hablan y se comparten. Se realizan despliegues coreográficos, trazando primero los recorridos en el suelo, recorridos que simbolizan metafóricamente el camino hacia la libertad. En algunas oportunidades se realizan presentaciones en público donde éste se convierte en un nuevo elemento que con su mirada ilumina la escena de la obra (Quinteros de Pellegrini, 2008).

### **3.2.6. Grupo de Teatro *El Brote*, Bariloche – Río Negro**

El grupo de teatro El Brote es una experiencia de rehabilitación psicosocial en pacientes severamente perturbados de salud mental.

El trabajo que describe la experiencia de este grupo lo realizan los doctores Susana López Anido y Daniel Spiguel y la profesora Gabriela Otero. Ellos aseguran que los movimientos rígidos, los gestos vacíos, el delirio, la verbosidad maniaca, pueden transformarse a través de la sintaxis teatral, en representación.

A lo que agregan, “los pacientes ofrecen sus cuerpos, sus cruces identificadorios, sus necesidades y deseos, construyendo la imago corporal: el actor.” (Lopez Anido, Otero, & Spiguel, 2008, p. 174).

La tarea que lleva a generar una escena comienza desde el juego, como sistema de simbolización y vínculos, para la construcción de una producción de creación grupal. Aquí se ponen en circulación, en la escena grupal, las identificaciones más primarias; el texto se va construyendo en este interjuego continuo entre singularidad y grupo.

En este proceso la dialéctica en el que se establece una comunicación entre creadores y destinatarios (público), se consensua la significación del contenido. Los pacientes viven el proyecto como propio y produce un efecto transformador que los obliga a un compromiso constante entre su singularidad y la socialización.

En el principio el Taller de Teatro se enmarcó como Dispositivo de Rehabilitación Psicosocial en la Psicosis a través del Arte. Poco a poco, en la medida en

que se trabajaba en la producción de la primera obra, el taller se fue transformando en Grupo de Teatro, mientras se buscaba un lenguaje artístico propio. Se puso énfasis en la calidad artística y esto requirió un proceso de formación del grupo sostenido en el tiempo, llegándose a la apropiación de un oficio por parte de sus integrantes, afirma Gabriela Otero (Lopez Anido, Otero, & Spiguel, 2008).

Se trabaja en equipo con una operadora de salud mental. Esto propone un cruce entre dos marcos teóricos que apuestan al sujeto y apuestan al acto, el psicoanálisis y el teatro antropológico. Aunque se plantea el teatro como un fin en sí mismo sin supeditar la creación a la interpretación psicológica, se es consciente que este “hacer teatro” tiene sus efectos.

Respecto de estos efectos, dice Otero, existe un pasaje de síntoma y repetición a una repetición capaz de producir transformaciones, a un “ensayar”, a un “intento”, perseverar en el intento entendiendo que no tenemos todas las respuestas y esto es lo que le llamamos “invento” (Lopez Anido, Otero, & Spiguel, 2008).

El arte es riguroso en la técnica, dice la profesora, en el procedimiento, pero “abre posibilidades infinitas en el contenido de lo que se quiere comunicar”, y continúa, es por ello que “abre puertas para aquel que, en su desesperada soledad, ha renunciado a pertenecer, ha renunciado a los códigos comunitarios retirándose del mundo, aquél al que llamamos loco” (Lopez Anido, Otero, & Spiguel, 2008, p. 179).

Ahora bien, cuando la autora se pregunta acerca de lo que permite la práctica de teatro, se responde a si misma diciendo, “tomamos la técnica teatral como proceso de construcción de un lenguaje a partir de la singularidad de cada uno”, y prosigue, “se crean códigos en la acción, a partir de la tarea, que permiten la

subjetivación en los pacientes, es decir, se trata de ir regenerando códigos compartidos, ya que justamente en la psicosis los códigos comunitarios están rotos” (Lopez Anido, Otero, & Spiguel, 2008, p. 181).

Los actores, nos asegura Otero, Spiguel y Anido, han podido generar cambios en sus vidas asumiéndose como sujetos activos, desarrollando capacidades y autonomía, y revirtiendo la impotencia a la que los condenaba la enfermedad y la pobreza.

### ***3.2.7. Conclusiones***

Numerosas experiencias en todo el mundo intentan llevar los beneficios de la dramaterapia a grupos con toda clase de patología. Si bien los estudios y las investigaciones que relacionan los Trastornos mentales graves con la dramaterapia no permiten obtener resultados concluyentes, cientos de profesionales siguen apostando por este tipo de disciplina para el abordaje de los pacientes, pudiendo verse también, como las instituciones dedicadas a la rehabilitación de pacientes con diferentes problemáticas mentales, cuentan en general, con talleres de teatro o espacios similares dentro de su propuesta terapéutica.

Por otra parte, si bien las experiencias en teatro terapéutico se distribuyen a lo alto y ancho del país, gran parte de estas experiencias tienen un fundamento más político que sanitario. El posicionamiento crítico de los modelos establecidos y la construcción del rol de artista en el paciente severamente afectado por patologías psiquiátricas, son las premisas fundamentales de la mayor parte de estas propuestas. Esto deja casi en las márgenes la posibilidad psicoterapéutica del teatro y observa como único factor de cambio necesario en estas personas, el de la inclusión



social, cosa no menor, pero no suficiente. Las razones por las que esto sucede pueden ser numerosas, pero no es objeto de este trabajo escudriñar en ellas.

Por otra parte también debemos admitir el sesgo de la bibliografía a la que se ha podido acceder, es posible que numerosas experiencias “dramaterapéuticas” se estén dando en nuestro país, pero que no exista bibliografía que las refieran o estas no hayan llegado a nuestras manos, en el curso de esta investigación.

## **APARTADO METODOLÓGICO**

## **1. DELIMITACIÓN DE OBJETIVOS**

### **1.1. Objetivos Generales:**

A. Describir la dramaterapia como método de investigación e intervención psicosocial y su relación con prácticas locales de teatro con pacientes que padecen Trastornos Mentales Graves.

### **1.2. Objetivos Específicos:**

1. Describir las estrategias y recursos de los que se vale la dramaterapia, indagando en su origen, evolución y desarrollo en el mundo.
2. Exponer estudios y experiencias de dramaterapia con pacientes con trastornos mentales graves en el extranjero.
3. Indagar sobre el desarrollo actual de la dramaterapia en Latinoamérica desde el punto de vista de un precursor de la disciplina en la región.
4. Describir la metodología de los talleres de teatro en contextos de salud mental y con pacientes con trastornos mentales graves desde la óptica de profesionales que realizan la actividad en nuestra provincia.
5. Exponer las vivencias particulares de pacientes que realizan los talleres de teatro, diferenciando aquellos pacientes internados en un hospital neuropsiquiátrico que hacen por primera vez la actividad, de aquellos pacientes ambulatorios que hacen el taller desde hace más de seis meses en un dispositivo terapéutico del mismo hospital.

## **2. MÉTODO**

### **2.1. Descripción general:**

La recopilación de datos de campo se realizará en los dispositivos de intervención del Hospital Carlos Pereyra donde se trabaja con recursos del teatro terapéutico. Allí mismo se realizaron las entrevistas, siguiendo un formato de evaluación especialmente diseñado para tal fin. Previamente ya se habían entrevistado a los profesionales del área de trabajo en entrevistas abiertas, permitiendo a los mismos poder reflexionar acerca de su práctica y su vivencia con el colectivo de pacientes objeto de estudio.

Este trabajo se realizó en el transcurso de un mes, en el que se efectuaron observaciones periódicas en dichos ámbitos y entrevistas a un total de siete pacientes y tres profesionales.

### **2.2. Diseño:**

La presente respeta el proceso y el diseño de una investigación cualitativa con diseño fenomenológico que tiene por objetivo el explorar las experiencias y vivencias particulares de los entrevistados en el campo que les es competente, a saber, la evolución de la dramaterapia para el Dr. Torres Godoy, el desarrollo del teatro en contextos de salud mental para las profesoras Duarte y Schnell, y la mirada subjetiva de los pacientes que participan en los talleres.

Se buscó recolectar datos que nos permitieran introducirnos en el estudio de esta temática que, si bien tiene muchos años de desarrollo, resulta novedosa en el enfoque de este trabajo, y esperamos así, poder dar lugar a futuras preguntas de investigación. Aquí las preguntas surgieron de la observación de los talleres de teatro, de la experiencia previa que se tenía sobre la temática y de la lectura del marco teórico.

En ésta, como en la mayoría de los estudios cualitativos, no se probará una hipótesis, sino que esta ha ido surgiendo durante el proceso y será uno de los resultados que se expondrán al final.

### **2.3. Alcance de la investigación:**

La presente investigación al ser exploratoria nos permitirá acercarnos a la temática de los recursos teatrales en la atención de pacientes con trastornos mentales y su relación con la dramaterapia. Permittiéndonos conocer un campo poco estudiado por la psicología, y donde, entendemos, tiene gran incumbencia.

Además, se indaga sobre la metodología de trabajo de los talleres de teatro en contexto de salud mental y con pacientes con trastornos mentales graves y como esta se la puede vincular con los postulados y modelos de abordaje de la dramaterapia.

Describimos, finalmente, las experiencias de algunos de los participantes de estos talleres, sus vivencias, motivaciones, y autopercepciones, en el contexto estudiado.

El trabajo pretende despertar en los lectores un interés por profundizar en los mecanismos que se ponen en juego en este tipo de disciplinas y el aporte que puede significar como recurso terapéutico grupal.

### **2.4. Selección de las personas para la investigación.**

Profesionales: Muy pocos profesionales en Mendoza trabajan en el área del teatro y la salud mental. Todos ellos son profesionales del campo del teatro con formación empírica en salud mental, extraída de la experiencia. Dada la dispersión que existe de estas actividades, y al no tener un núcleo referencial que los agrupe, fuimos por aquellos profesionales a los que podíamos localizar y que estuvieron dispuestos a

participar de la investigación. Para ello contamos dos profesionales locales que son referentes de la actividad, a saber, Elena Schnell (Profesora de Teatro con título universitario otorgado por la Facultad de Artes y Diseño de la Universidad Nacional de Cuyo. Actriz, y directora de teatro, docente. Coordinadora de los Talleres de Teatro en Hospital de Día y en internación del Hospital psiquiátrico Dr. Carlos Pereyra de la Ciudad de Mendoza desde 1995 hasta la fecha) y Carolina Duarte (Licenciada en Arte Dramático, egresada de la Facultad de Arte y Diseño de la Universidad Nacional de Cuyo. Formada como Payamédica en el Hospital Notti. Coordinadora de la ludoteca La Rayuela del Centro Preventivo de Salud Mental Infanto Juvenil N° 3 de Rodeo del Medio dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Mendoza.) para que respondan a una entrevista y abran su espacio de trabajo a la observación. Por otro lado se entrevistó a un reconocido profesional de la dramaterapia, referente latinoamericano en el tema, el Dr. Torres Godoy (Médico psiquiatra, titulado en la Universidad de Chile, terapeuta sistémico, psicodramatista y pionero de la dramaterapia en Iberoamérica, fundador y actual director de EDRAS)

Pacientes: el procedimiento utilizado fue de participantes voluntarios (Hernandez Sampieri, et. al., 2010). Se les explicó, a todo el grupo de pacientes presentes, acerca del estudio y las características que se necesitaban de los participantes (que fuera su primera vez en el taller, en un caso, y en el otro, que llevara más de seis meses realizando la tarea) y éstos respondieron activamente a la invitación. Estos pacientes fueron seleccionados de los talleres de Hospital de Día y de los talleres de Arte-terapia del Hospital Carlos Pereyra.

#### Pacientes entrevistados

La muestra tomada cuenta con tres pacientes internados en los pabellones de agudos del Hospital, un hombre y dos mujeres, con edades que rondan entre los 30 y 39 años, que acudieron a participar de los talleres de Arte-terapia teatro en los días en los que se realizó la toma y que en el momento de ser incluidos realizaban el taller por primera vez.

Sujeto 01-A: Sexo masculino. 30 años de edad. Soltero. Estudio Secundario incompleto (empleado en un bowling). Diagnóstico de Trastorno psicótico con policonsumo de sustancias.

Sujeto 02-A: Sexo femenino. 27 años de edad. Soltera. Estudio Terciario Incompleto de Docencia (desocupada). Diagnóstico de Trastorno Border de la Personalidad.

Sujeto 03-A: Sexo femenino. 38 años de edad. En concubinato. Estudio Universitario Incompleto. Diagnóstico de Depresión psicótica y poliadicción

Por otro lado, se tomó a cuatro pacientes ambulatorios, participantes del Hospital de Día, con edades que rondan los 30 a 35 años; uno de ellos, varón que concurría a los talleres por primera vez, y un varón y dos mujeres más con más de 6 meses de participación ininterrumpida a los talleres de teatro, y que además, en todos los casos, participaban también de otros talleres que ofrece el dispositivo terapéutico.

Sujeto 01-B: Sexo masculino. 30 años de edad. Soltero. Estudio Universitario Incompleto (desocupado). Diagnóstico de Trastorno esquizoafectivo.

Sujeto 02-B: Sexo masculino. 24 años de edad. Soltero. Educación Primaria Completa (desocupado). Diagnóstico de Esquizofrenia.

Sujeto 03-B: Sexo femenino. 27 años de edad. En concubinato. Estudio Primario Completo hasta noveno año (desocupado). Diagnóstico de Esquizofrenia.

Sujeto 04-B: Sexo femenino. 35 años de edad. Soltera. Estudio Secundario Completo (desocupada). Diagnóstico de Trastorno Border de Personalidad.

## **2.5. Instrumento de recolección de datos:**

1. La Entrevista: En nuestro trabajo los entrevistados son por un lado los profesionales especializados y por el otro los pacientes participantes, en ambos casos las entrevistas fueron individuales y semiestructuradas (Hernandez Sampieri, et. al., 2010). Es decir, está basada en una guía de preguntas específicas sobre las que nos tomamos la libertad de introducir algunas otras preguntas o cuestiones y particularmente diseñadas para cada grupo entrevistado.

Los ejes en torno a los que giraron las preguntas fueron los siguientes:

Ejes de las entrevistas a profesionales del teatro en el ámbito de la salud mental

*Modo de acercamiento a la disciplina:* Un indicador valioso que se indagó al entrevistar a las profesionales del drama, tuvo relación con el modo en que éstas comenzaron a trabajar. Frente a esto ellas describieron.

*Definición de Teatro Terapéutico:* El teatro terapéutico es una práctica que conceptualmente queda incluida en el marco de la Dramaterapia. Como tal, es la que mejor define la actividad que realizan en Mendoza, quienes trabajan con teatro y patología psiquiátrica. Por ello es importante conocer la definición que hacen del mismo.



*Alcances de la disciplina en el tratamiento de Trastornos Mentales*

*Graves:* Este indicador pretende describir la percepción de las profesoras acerca de las ventajas y desventajas de la práctica, en el tratamiento específico de este tipo de pacientes.

*Uso de la práctica de la disciplina en investigación:* Para fortalecer una disciplina incipiente como lo es la Dramaterapia, es fundamental la realización de investigación metodológica. Por ello indagamos acerca de esta labor es su ejercicio profesional.

Ejes de entrevistas a pacientes internados que hacen la actividad por primera vez

*Percepción de cambio en los participantes:* Se busca investigar sobre la percepción del cambio que se produce en el sujeto que participa de la actividad, ya que éste es el concepto fundamental a la hora de hablar de un proceso terapéutico.

Ejes de las entrevistas a pacientes por primera vez

*Percepción sobre los objetivos del taller:* Es capaz de percibir el fin terapéutico del taller.

*Ventajas sobre otro tipo de terapias:* Percepción del sujeto de los beneficios que tiene este abordaje en comparación con otros abordajes a los que se ve sometido en su tratamiento.

*Primera impresión que deja la actividad:* Comparación entre las expectativas depositadas en la actividad y lo que realmente encontró.

*Cómo se perciben a sí mismo el paciente, dentro del taller:* El sujeto se percibe a si mismo con las capacidades necesarias y reconoce dificultades en la para realizar el taller

*Efectos del taller en su vida cotidiana:* Como sienten los participantes, que lo ocurrido en el taller puede trasladarse e influir en su vida diaria.

Ejes de entrevistas a pacientes ambulatorios que hacen la actividad hace más de 6 meses

*Motivación para participar de los talleres:* Expresa los motivos por los que participa del taller.

*Efectos del taller en la vida cotidiana:* Percepción del paciente de cómo lo que sucede en el taller, afecta su vida cotidiana.

*Revisión de las emociones:* Reconoce, el paciente, que sus emociones se ponen en juego y son pasibles de revisión en las actividades que se realizan en el taller.

*Revisión de problemáticas personales:* Reconoce, el paciente, que sus problemáticas personales se tratan y son pasibles de análisis y revisión en el marco del taller.

*Modificación de conducta:* Reconoce que, a lo largo de los meses, y por efecto del trabajo en el taller, ha podido ir modificando su conducta en algunos aspectos.

*Relación con los pares:* Admite un cambio en la percepción que tenía de sus compañeros y la relación que lo unía a estos.

*Apoyo del grupo:* Reconoce haber sido apoyado por sus compañeros, en momentos donde lo necesitó.

Las entrevistas a los profesionales locales del teatro se concretaron en un espacio público, en lugar y horario acordado. Las entrevistas fueron grabadas y luego desgrabadas, y también se tomó apuntes de lo más relevante.

La entrevista al experto en dramaterapia se realizó vía correo electrónico, con opción de repreguntar.

Las entrevistas realizadas a los pacientes se realizaron al finalizar el taller observado, en el mismo lugar en el que se había realizado el taller, cuando este era abandonado por los otros pacientes y coordinadores. También se utilizó, con los pacientes ambulatorios, un consultorio del mismo Hospital de Día, al finalizar el taller. (Ver entrevistas en Anexo 1)

3. Observación Participante y No Sistematizada: Implicó adentrarnos en los talleres de teatro del Hospital Dr. Carlos Pereyra para vivenciar en profundidad la metodología de trabajo de la disciplina en este contexto. Se estuvo atento a los detalles de la resolución de conflictos inesperados, la elección de las técnicas y/o las temáticas de trabajo.

## **2.6. Procedimiento en el trabajo de campo:**

*-Contactar a algunos de los profesionales que se encuentran realizando prácticas de teatro terapéutico para presentarles el proyecto y solicitar su colaboración.*

Esta fue una tarea compleja ya que, como hemos dicho más arriba, no hay ninguna organización que los nuclea y por lo tanto se debió trabajar con referencias para lograr el contacto. Utilizando, correo electrónico, mensajes por Facebook, llamadas telefónicas y otros medios de comunicación, se logró dar con las dos profesionales que

finalmente se entrevistaron. Encontrando inicialmente grandes dificultades, sobre todo para lograr coordinar los horarios para la entrevista. En el caso del Dr. Torres Godoy, este fue contactado vía correo electrónico. A los tres profesionales se les pidió un consentimiento informado para que pudiera aparecer su nombre en el trabajo. El medio elegido fue por correo electrónico (ver Anexo 3)

*-Entrevistar a los profesionales.*

Superada la barrera de los horarios, se realizaron las entrevistas. En el caso de Elena Schnell, dada su vasta experiencia e infinidad de anécdotas, el tiempo estipulado para la entrevista fue insuficiente, y luego, a través de correo electrónico, finalmente pudo completar el cuestionario.

*-Procesos formales de ingreso a la institución y posterior recolección de datos.*

Para poder entrar a realizar la observación y la toma de entrevistas en el Hospital Carlos Pereyra, se tuvo que tramitar el ingreso a través del comité de docencia e investigación, quienes exigieron como condiciones: nota de responsable de la facultad solicitando el ingreso del estudiante, seguro de vida, copia del proyecto de tesina, y además, en el Hospital de Día se solicitó copia de los instrumentos de recolección de datos, diseño y presentación de un consentimiento informado (ver Anexo 4) para los pacientes participantes y una breve entrevista donde se indagó sobre la modalidad de intervención. Se hizo mucho hincapié en la importancia de que los pacientes estuvieran debidamente informados del trabajo que se realizaría.

*-Acordar con la institución y profesional la fecha o fechas en las que se realizará la observación de los talleres.*

Las fechas acordadas para realizar la experiencia fueron los días Jueves 29 de abril y 6, 20 y 13 de mayo, de 9:30 a 10:45 hs. en los talleres de arte-terapia con pacientes internados y de 11:15 a 12:30 hs. en los talleres de Hospital de Día. Teniendo así de 10:45 s 11:15 hs. para realizar la primer entrevista, y de 12:30 a 13:00 hs. para realizar la segunda.

*-Realizar la observación participante en los días estipulados y llevar a cabo las entrevistas con los pacientes participantes.*

El primer día hubo un inconveniente, por el que la profesora no dio el primer taller, y por ello quedó una entrevista menos en el total.

Luego, no hubo más inconvenientes. Se presentaba el proyecto al comenzar el taller y se invitaba a los pacientes a participar, contemplando, en el caso de los talleres de arte-terapia, que fuera la primera vez que participaban del mismo. En Hospital de Día se procedía del mismo modo, aunque ya desde el segundo taller, todos conocían de qué se trataba y se ofrecían para participar del estudio.

Luego de la presentación formal y de la identificación del sujeto de estudio de ese día, se lo invitaba a leer y firmar el consentimiento informado (ver Anexo 5) y se procedía a realizar la observación del taller y tomar nota, haciendo foco en la metodología de trabajo y en el desempeño del paciente señalado. Finalizado el taller, nos retirábamos en privado con el paciente para realizar la entrevista. Al comienzo se le consultaba si podía ser grabado y se daba comienzo a la entrevista.

*-Hacer un análisis de la información recolectada y elaborar las conclusiones.*

Luego de la transcripción de las entrevistas se procedió a analizar cada una de ellas a la luz de los indicadores propuestos. Esto nos permitió encontrar patrones

comunes, destacar experiencias particulares y extraer información que luego, junto con el análisis de las observaciones realizadas durante los talleres, tal como se consigna en el punto anterior, fueron contrastadas con el marco teórico de base. De este análisis se obtuvieron las conclusiones para el presente trabajo.

## **2.7. Contexto institucional del trabajo de campo**

El Hospital Escuela de Salud Mental Dr. Carlos Pereyra, fue fundado en el año 1952. Situado en el corazón de la cuarta sección de la ciudad de Mendoza, recibe y atiende a la población de pacientes con patologías psiquiátricas agudas, subagudas y crónicas de una vasta zona del Gran Mendoza (Ciudad, Las Heras, Godoy Cruz, Maipú, entre otros departamentos).

Allí se atienden a los pacientes en diferentes modalidades. Atención ambulatoria, internación de agudos y crónicos, casas de medio camino, talleres protegidos, dispositivos, etc.

### Talleres observados

Dependiente de la Gerencia Asistencial, y dentro del Departamento de Prevención, Promoción y Rehabilitación, se encuentran las Terapias Especiales de Arte-terapia y el Hospital de Día.

Éste último está destinado al abordaje de pacientes con padecimientos mentales específicos.

Ofrece una atención integral e intensiva a través de un equipo interdisciplinario (médico, psicológico, social y comunitario)

La modalidad terapéutica pretende que los pacientes logren estabilidad sintomática que contribuya a desarrollar una mejor calidad de vida, acorde a sus posibilidades.

#### *Taller de Teatro*

Está dirigido a pacientes con trastornos mentales severos, se constituye en una herramienta válida para su rehabilitación psicosocial desde lo expresivo comunicacional.

*Método y Técnica:* se trabaja bajo la modalidad de taller bajo la coordinación de una profesora de teatro. Los encuentros tienen una frecuencia semanal y una duración de noventa minutos aproximadamente.

Se requiere que el asistente esté dispuesto a participar tanto de la acción como de la observación del taller.

La actividad se sostiene básicamente en el proceso que se vivencia a través del lenguaje teatral. Los productos que se crean son hechos teatrales en sí mismos sin llegar a crear un producto, por ejemplo una obra de teatro.

Se trabaja con Método de las Acciones físicas, Teatro foro, Arco Iris de los Deseos y con técnicas de improvisación, de expresión corporal, secuencias de movimientos, ejercicios de composición, de secuenciación cotidianas y extra cotidianas, entre otras.

**PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE  
RESULTADOS**



## 1. ANÁLISIS DE DATOS

### 1.1. Introducción

En Mendoza, los profesionales que ejercen la disciplina teatral en el contexto de la salud mental, no sólo no cuentan con formación psicológica o psicoterapéutica, sino que además, no adhieren a ningún marco teórico que dé forma y rigurosidad científica a la práctica.

Con ellos hemos buscado indagar acerca de la definición que hacen de su tarea y si son capaces de reconocerla dentro del campo de lo terapéutico y como herramienta válida de investigación, como así también la metodología específica de abordaje.

Como también tuvimos oportunidad de entrevistar a Pedro Torres Godoy, uno de los principales referentes de la Dramaterapia en Latinoamérica, se indagó su perspectiva sobre la realidad local de la dramaterapia, sus alcances, sus perspectivas, logros y desafíos hacia el futuro.

En las entrevistas a los pacientes, partiendo de la concepción que afirma que la psicoterapia es el tratamiento que tiene como objetivo el cambio de pensamientos, sentimientos y conductas. Tomando en cuenta que los objetivos de esta tesis pretenden mostrar una disciplina psicoterapéutica alternativa y complementaria a las terapias conversacionales; es que analizaremos la información recabada en torno a la percepción de los sujetos, respecto a su propia evolución dentro de los espacios que la actividad propone, con relación a estos tres elementos.

Por otro lado, también sabemos que, en general, la persona que llega a terapia, cualquiera que sea la naturaleza de sus síntomas psicológicos, se encuentra en un estado de desmoralización que puede ser caracterizado por: pérdida de

la autoestima, sentimientos de incompetencia, desvalimiento y desesperanza. Es por ello que nos interesa, además, conocer la percepción que tiene el sujeto de sí mismo en el contexto de la actividad que estudiamos.

Además, nos interesa conocer cómo impresiona al sujeto la actividad, como la percibe en relación a otras formas de terapia y cómo siente que ésta afecta su vida cotidiana.

Y por último, analizamos la observación de los talleres permitiéndonos conocer la metodología de trabajo, las técnicas y el manejo del grupo.

## **1.2. Análisis de la entrevista a Pedro Torres Godoy**

Médico psiquiatra, titulado en la Universidad de Chile, terapeuta sistémico, psicodramatista y pionero de la dramaterapia en Iberoamérica, fundador y actual director de EDRAS Chile, [www.edras.cl](http://www.edras.cl)

### Comienzos de la dramaterapia en Chile

El doctor Pedro Torres Godoy describe los orígenes de la dramaterapia en Chile, remontándose al año 1987. Ese año mientras trabajaba en el antiguo Hospital Psiquiátrico de Santiago, ex manicomio nacional, en atención de pacientes agudos y crónicos, en conjunto con otros colegas psiquiatras y psicólogos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Pedro Torres asegura que “sentimos la necesidad de implementar en nosotros, habilidades y destrezas teatrales para el mejor ejercicio de nuestra labor en docencia universitaria”. Luego de tomar un curso de “Actuación teatral para docentes universitarios” en el departamento de teatro de la Universidad de Chile, él y su grupo de compañeros descubrieron que había generado en cada uno de ellos un efecto “terapéutico” o sea aliviador de sus ansiedades y estrés como psiquiatras de pacientes psicóticos y además en medio de la dictadura militar de Pinochet.

Agrega que a partir de allí, en 1992, se propusieron hacer un curso formativo y largo en el tiempo para adquirir la dimensión procesal, que se llamó “destrezas teatrales para terapeutas”, que más tarde sería “destrezas teatrales psicoterapéuticas”.

Finalmente, en 1994, el actor chileno Enzo Cossi, presenta en este grupo por primera vez el libro “Dramatherapy: Acting for real” de Rennee Emunath. Él había realizado un año de entrenamiento en dramaterapia en Inglaterra con Sue Jenning y allí descubrieron que lo que ellos definían como “destrezas teatrales psicoterapéuticas” en realidad se correspondían perfectamente con la “dramaterapia”; desde entonces llamaron así a esta disciplina, considerándola no sólo una disciplina, sino una interdisciplina o mejor dicho aun, una transdisciplina en plena formación.

#### La formación dramaterapéutica en Latinoamérica

La formación necesaria para alcanzar el grado de “Dramaterapeuta” en el extranjero, sea Inglaterra, USA, Italia, son 3000 horas de trabajo supervisado, nos asegura Torres.

En Chile, EDRAS Chile es la única entidad en Sudamérica que ofrece algún nivel de capacitación, por medio de sus programas anuales de certificación, la que admite profesionales de la psicología, teatro, medicina, de la salud en general, comunicación, artes, entre otros. Sin embargo es muy reciente la implementación de una certificación año a año en los “grupos piramidales”, pero estiman que deben ser cercanas a la norma internacional ya que cada candidato deberá tener sólidos conocimientos de prácticamente todo el curriculum de psicología, psicoterapia y disciplinas teatrales.

Ahora bien, agrega, aún no hay legislación vigente en Chile de quienes puedan ser dramaterapeutas o no. Empero, agrega el doctor, “nuestro sistema de certificación de EDRAS Chile dispone de análisis curricular, entrevista personal y ver el comportamiento del formando en el desarrollo del primer año de entrenamiento en los métodos docentes que ideamos, y el que tiene fallas en su conducta dramaterapéutica no continua la formación, con eso nos aseguramos de formar profesionales idóneos y de descartar a quienes no puede ser terapeutas, siguiendo principios de autorregulación grupal éticamente validada”.

En Argentina, nos asegura el entrevistado, no hay ningún desarrollo en torno a la Dramaterapia, dado que, según su opinión, los psicodramatistas argentinos creen tener la hegemonía de todas las técnicas activas grupales, a través del psicodrama, descalificando cualquier otra disciplina y señalando que “todo eso ya lo dijo Moreno”, o sea, “todo es psicodrama”. Y completa, se cumple el dicho, “se ve solo lo que se puede ver”, y el psicodrama no es lo único....la misma Sociedad Argentina de Psicodrama (SAP) feneció catastróficamente hace varios años, ante la no renovación de sus huestes, y se anquilosó en la ancianidad de sus integrantes y directivos, lo que la llevó a su colapso definitivo. Hoy Argentina no tiene Sociedad Psicodramática, solo grupos aislados que sólo defienden sus parcelas, y menos tendrá visión ni apertura, creo yo, para la dramaterapia, a menos que una nueva generación de interesados la desarrolle, aparte del psicodrama. Pero eso sí, jamás verla como disciplina que compite con el psicodrama, sino lo complementa, pensarlo de otra manera sería un error”.

#### Dramaterapia y trastornos mentales graves

Sobre la posibilidad de trabajar con dramaterapia en los trastornos mentales graves, Torres Godoy asegura que para desarrollar este campo, debería ésta

integrarse a las modernas estrategias psicoterapéuticas GRUPALES con la moderna neurobiología de la psicofarmacología molecular que hoy avanza a pasos agigantados, jamás en oposición, sino en integración permanente; la neurobiología es una sola, y es la misma neurobiología cerebral la que reacciona frente a un químico como la que reacciona frente a un ejercicio teatral. Aquí el desafío es ver como se integran ambas disciplinas y desarrollemos equipos interdisciplinarios potentes ante cuadros médicos potentes y destructivos como las psicosis graves.

#### Desafíos actuales de la dramaterapia

Avanzando en el análisis propuesto, el doctor Pedro Torres nos asegura que en la región, actualmente lo que urge es afianzar la dramaterapia desde el punto de vista teórico, específicamente en comprender cómo se genera la cura. La gente hace muchas cosas, hace muchos ejercicios, hace muchas clases de teatro, pero nadie sabe si eso cura o no cura el alma de las personas y grupos.

Actualmente él se encuentra trabajando en la personajeología y personajeoterapia en el contexto de la dramaterapia que, él cree, tiene una buena base teórica y epistemológica para explicar cómo a través de la práctica del teatro, la gente se sane. Hasta ahora nadie ha podido demostrar eso. Por ello el doctor continúa diciéndonos que la gente juega, pero eso no basta; la gente ríe, pero eso no basta; la gente llora, pero eso no basta; la gente hace ejercicios, construye personajes y escenas, pero eso no basta. No basta ¿para qué?, pues para cambiar, ya que el néctar de lo terapéutico es el cambio emocional, cognitivo, conductual, relacional vital y espiritual, y eso aun nadie lo ha demostrado.

Afirma además, que en cuanto a los abordajes dramaterapéuticos, ha trabajado en equipo de salud en estrategias de autocuidado profesional, fomento de

prácticas de buen trato y bienestar y felicidad profesional tanto entre pares como hacia los usuarios externos y de ellos hacia los profesionales de ayuda; y en el tratamiento de pacientes con fobia social e inhibición a exámenes, y en fomento de la salud en pacientes psicósomáticos; pero que todos los resultados deberían ser evaluados con adecuadas metodologías para aseverar de que si estamos frente a un método terapéutico robusto.

Y continúa, “debemos hacer que la ciencia impacte a la dramaterapia para que se coluda con la compleja neurobiología del cambio personal y solo allí, podremos hablar con propiedad de que estamos frente a una disciplina terapéutica, lo demás sería sólo entretención”.

Es por ello que en sus trabajos más recientes con grupos víctimas del terremoto y tsunami en el sur de Chile, el año 2010, la investigación que fue evaluada en un antes y un después con instrumento ad hoc, y los resultados resultaron promisorios.

En general, actualmente el equipo al que pertenece se encuentra abocado a medirlo todo lo que más puedan, a través de instrumentos cualicuantitativos, para sacarle la cuota de subjetividad y romanticismo al tema de manera de que pueda entrar en el terreno de las investigaciones duras.

### **1.3. Análisis de las entrevistas realizadas a Elena Schnell y Carolina Duarte.**

Referentes locales de la práctica del teatro en contextos de salud mental. Licenciadas en arte dramático de la Universidad Nacional de Cuyo. Investigadoras y docentes.

#### Modo de acercamiento a la disciplina

Carolina Duarte: *“Ya en la facultad, en tercer año, me empezó a interesar toda la cuestión relacionada con la salud. Empecé a leer, después me fui a*

*Buenos Aires y estuve estudiando psicodrama en el espacio de Tato Pavlovski y me contacté con una psicóloga que trabajaba con terapias corporales chinas. Cuando estaba por recibirme me enteré del curso de payamédicos que hacían en el Hospital Notti. Entonces hice el curso y empecé a laburar ahí. Después empecé a trabajar en la escuela hospitalaria, pensando en cómo podía adaptar los recursos teatrales al niño en el hospital. No se los podía sacar del aislamiento, por sus tratamientos, no se podía armar grupos, entonces ahí empiezo a trabajar con cada uno. Después al infante me convocan por una amiga Valeria Rivas, que era una compañera de teatro que trabajaba en el infante de Lavalle. Entonces la coordinadora se contacta con la gente de allá a ver si conocían a alguien de teatro. Ella sabía que yo trabajaba en el hospital entonces me recomienda y me convocan”.*

Elena Schnell: *“Sinceramente, yo llego a esta actividad porque estaba buscando trabajo. Yo venía de vivir en Europa, y en los primeros meses, vivo en Córdoba. Mi hermano, que trabajaba con grupos de chicos con problemas de conducta graves. Él me invita a que lo acompañara a un campamento. A mí realmente me impactó muchísimo el trabajo de contención que tenían que hacer los profesores con esos chicos. De esto te estoy hablando del año '94. Hablando con mi hermano, acerca del juego y la contención, él me decía qué bueno sería trabajar con teatro con esta gente... y me dijo, con estos chicos no vas con lo intelectual, acá vas con la emoción, acá tenés que dar, y a mí eso me impactó muchísimo. Cuando vengo a vivir a Mendoza, a mí me había quedado eso en la cabeza. La hermana del papá de mis hijos es neuróloga, y trabajaba en ese momento en el Pereyra, ahora trabaja en el Lagomaggiore. Y ella me dice, están buscando en hospital de día del hospital Pereyra, armar algo con gente de arte. Había otro antecedente que a mí me había impactado*

*muchísimo y eran los talleres artísticos que se hacían en el neuro de Córdoba en aquella época. Así entro a trabajar sin ningún tipo de preparación en lo psi, tenía mucho hecho desde el teatro.*

*Yo conozco de trabajar en salud mental por la pura práctica. Después ya empecé a estudiar y a hacer todo un trabajo que tiene que ver con la lectura más específica teatroterapia, escenoterapia. Y uno de los primeros trabajos presentados fue en un Congreso Internacional en Roma, aislamiento y discapacidad. Pero ¿cómo evolucionó? Evolucionó en tanto fui metiéndome, fui buscando, me fui interiorizando y yo particularmente después de casi 20 años trabajando ahí he visto modificaciones, yo veo que el teatro y las técnicas teatrales tienen modificaciones. Me ayudó también, ciertos capítulos de Winnicott que entiendo y que me parece que clarifica el uso de las artes, del juego, del aprendizaje. Este es uno de los teóricos que sí más me interesan”.*

#### Definición de Teatro Terapéutico

*Carolina Duarte: “Yo creo que tiene que ver con pensar lo menos posible en la patología o la situación hospitalaria, trato de separarme un poco de eso, de tomar distancia de eso. Pensar en que se toma a la persona en su totalidad. Cuando uno se puede parar y ver que es un niño, que se encuentra en una situación particular y vamos a trabajar con lo que podemos crear entre los dos, obviamente sin desconocer lo que le sucede al sujeto.*

*El teatro es algo que está buenísimo que cuando se lo puede pensar en su totalidad es bueno en sí mismo.*



*Creo que el gran desafío es tomar las herramientas del teatro y buscarle la vuelta para que en este contexto, cumpla los fines que el teatro tuvo siempre”.*

*Elena Schnell: “yo no sé todavía cómo definirlo con un nombre, ni siquiera sé cómo se la puede llegar a llamar en algún momento a esta actividad, porque como yo vengo del teatro, y como yo sé que es lo que se aplica ahí que debe ser un uno o tres por ciento, pero no sabría cómo llamarlo.*

*Se trabaja con un grupo que acciona y uno que observa, se da un mini hecho teatral, que en investigación teatral se lo define como microsistemas. Entonces dentro de la investigación del teatro, tenemos los microsistemas que son teatro de la salud, teatro en espacios de encierro, teatro comunitario, el teatro político, etc.*

*Para mí, lo que yo hago es la aplicación de ciertas herramientas, técnicas y ejercicios teatrales, que yo selecciono, para trabajar en un dispositivo, que es un espacio terapéutico, a un grupo de pacientes con problemática mental en tratamiento”.*

#### Alcances de la disciplina en el tratamiento de Trastornos Mentales

##### Graves

*Carolina Duarte: “Yo creo que el grupo te potencia lo mejor que tenés. En una actividad pautada, te potencia la capacidad de producir, de crear.*

*Los obstáculos son los mismos que se plantean con cualquier tipo de grupo, y como cualquier grupo tienen particularidades. Lo que se plantea es conocer acerca de que puede o no puede hacer un sujeto, y revisar siempre lo que se está haciendo.*

*Las ventajas tienen que ver con que es un espacio de salud dentro del orden mental del servicio. Todo lo que te puede potenciar estar en una actividad en grupo, en una actividad lúdica”.*

*Elena Schnell: “La aplicación de métodos y técnicas teatrales en pacientes con dolencias mentales tienen que ver con el trabajo con uno mismo, sobre uno mismo, teniendo en cuenta que el instrumento principal que se pone en juego en el teatro es uno con su cuerpo, sus gestos, sus movimientos, pensamientos, sensaciones, intenciones, etc. y con el otro, partiendo de que el teatro es un arte grupal y está básicamente asociado al otro, con quien interactúa en la acción o con quien está mirando, aunque el trabajo sea con un solo paciente, de manera individual.*

*Los objetivos principales son el trabajo con uno mismo y con el otro: la expresión y la comunicación.*

*En grupos que pueden concurrir más a menudo. Particularmente hay algo que me ha llamado a mí siempre la atención en estas enfermedades que es la mirada. Digo, que la persona entra con una forma de mirar y se va con otra. Las modificaciones que se dan en este lenguaje artístico, están puestos en uno mismo, porque el instrumento que se va a modificar es uno mismo. Yo no le veo ventajas o desventajas, el teatro, en el momento en el que lo que se entra a jugar no es un instrumento musical, sino es uno, entonces trabajar con personas que puedan entender consignas. Porque acá está lo otro, que necesito trabajar con alguien que no esté brotado, que entienda, que pueda entrar en el juego de la consigna. En general hay modificaciones en la mirada, la postura, el equilibrio, la relación con el otro, porque hay que tener en cuenta que el teatro es un arte social, que siempre está la mirada también del otro, entonces sí la modificación está en la relación con el otro.*

*La ventaja del teatro creo que es que yo me modifico en el teatro, es uno mismo el instrumento que se pone en juego, con el propio cuerpo”.*

#### Uso de la práctica de la disciplina en investigación

Carolina Duarte: *“Sí tuve oportunidad de trabajar con una profesora de teatro, Adriana Gomes, que ella es profesora de la facultad y armó un grupo de investigación con una socióloga, con una escenógrafa, yo de teatro, y empezamos a trabajar en un tema que se llama “prácticas contemporáneas vinculadas al teatro”. Investigué como el espectador, con el clown se convierte en un espectador participante, por ejemplo. Y ahora me presenté en unas becas del Instituto Nacional del Teatro, para hacer un trabajo en relación al teatro en salud y salud mental”.*

Elena Schnell: *“Y en estos momentos yo estoy trabajando en cómo organizar indicadores de postura de equilibrio, de participación. Participación hay siempre, pero por ejemplo uno de los primeros indicadores, que acabo de ponerlos en las historias clínicas del hospital de día es cómo participó (participación individual y grupal)”*

#### Percepción de cambio en los participantes

Carolina Duarte: *“Hay cambios, niños con miradas tristísimas, o que no hablaban y arrancan a hablar. Chicos con miedo al tratamiento y lo van superando. Cambios en todo sentido, pero fundamentalmente cambios de ellos en relación a otros niños. El pequeño espacio que les podemos ofrecer, les permite conectar con otra cosa, que no es la realidad difícil que están viviendo por su enfermedad, les cambia la mirada, les cambia la energía.*

*Hay cambios permanentes y otros más temporales. Pasa que después de algunos años del alta vienen niños a buscarte felices porque uno les regala*

*los mejores momentos que ellos pueden tener en ese terrible trance que es el de su enfermedad.*

*Creo que el gran poder que tiene el arte es que te permite hacer, cuando el sistema de salud te pone en ese lugar de paciente, agente pasivo. El no poder producir, en general nos pone mal, en el mundo que vivimos si no podés producir no sos, y cuando vos ayudas a que el paciente pueda producir, pueda hacer, esa es la gran potencia transformadora del arte.*

*El cambio se lo atribuyo a la posibilidad de hacer, dentro del espacio determinado. Porque cuando uno tiene unas estructuras establecidas, y se revisa que uno también puede hacer otra cosa, que se puede cambiar cierto recorte de esa realidad y cambiarla, eso es importante”.*

*Elena Schnell: “Podría decir que los cambios significativos tienen que ver con lo que observo cuando los pacientes empiezan los talleres y cuando se van. Cuando son convocados, allí empieza la actividad y cuando se despiden. Los cambios los observo esencialmente en la postura, la mirada. Cuando son convocados los pacientes en general presentan oposicionismo, negatividad, desgano. Llegan a la actividad por obligación, porque se los indican, por insistencia, como parte del tratamiento, las miradas son esquivas, cabizbajas. Cuando termina el taller, miran de otra forma, dirigen su mirada, sostienen su mirada en la mía o en la del otro, su postura se ve distintas, más erguida, los movimientos más fluidos. Ellos manifiestan sentirse menos tensionados, más relajados. En el cierre del taller reclaman no tener más seguido estas actividades. Argumentan que no sabían de qué se trataba. Cuánto dura ese cambio, no lo sé. Cuánto dura esa modificación en su postura, en su mirar, en su actitud, no lo tengo registrado. La modificación es inmediata. Puedo afirmar, en*

*general, de que observo una modificación de quien entra, y que durante noventa minutos varía. Quizás porque dejó de ser quien espera, de ser “paciente” y se le permitió ser activo, ser “protagonista”.*

*Los cambios se podrían atribuir a que pasa otra cosa dentro de lo cotidiano de una internación. El Taller de TEATRO funciona como una actividad extra-cotidiana - extracotidiano según un concepto de la Antropología Teatral, método definido por Eugenio Barba. Pienso que el convocar a los pacientes a un taller de teatro, a hacer Teatro, ya suena “raro”, suena como una provocación. En sí mismo es una invitación a algo distinto, a incursionar en mundo maravillosos, al decir del gran Federico García Lorca, aunque lo que se proponga sean ejercicios básicos de algún método o técnica teatral y no a hacer personajes, ni una obra, tampoco escenas de textos de autor.*

*Pienso que la mirada se modifica desde la esencia misma del hecho teatral, pues teatro vienen del latín theatrom y significa mirar. La mirada de la persona que participa cambia cuando en los ejercicios se remarca observar el espacio, mirar al otro para saludarlo, mirar y escuchar para acordar en grupo, mirar las producciones de los otros grupos, etc. La acción de mirar está trabajada durante todo el taller, por ejemplo.*

*También los cambios se pueden atribuir al deseo, a la voluntad de incursionar en algo diferente de algunos pacientes participantes”.*

#### **1.4. Análisis de entrevistas a pacientes que participan por primera vez en los talleres**

Pacientes que participan de los talleres de arteterapia, en el marco de su internación psiquiátrica en el Hospital Escuela de Salud Mental Dr. Carlos Pereyra.

Percepción sobre los objetivos del taller

El sujeto 01-B: El paciente tuvo un problema con la profesora. Según su propia descripción *“No me cayó bien desde un principio. No me cayó bien ella. Su forma de expresarse y de actuar”*. Pensaba, *“vieja prepotente, odiosa, que se fija en las apariencias, y no sé lo que se cree. Una pobre infeliz ignorante, materialista”*.

*“Esta [actividad] que hicimos me puede servir un poco. A aprender a calmar la ansiedad ante situaciones como la que pasé”*.

El sujeto 01-A: El paciente expresa que el taller puede servirle *“En conseguir un trabajo mejor, actuando, bailando o en algún cortometraje”*.

El sujeto 02-A: *“El taller me ayuda en enfrentar la realidad. Que yo tengo una verdad y mi mamá otra, eso me confunde y me angustia. El taller me ayuda en que tengo que ser fuerte, no me tengo que dejar caer”*

El sujeto 03-A: *“La actividad sirve para sacarnos cosas que uno no quiere ver. Hay cosas que en la internación, en la espera, no buscas y estas actividades sin querer te hacen caer la ficha”*.

Ventajas sobre otro tipo de terapias

El sujeto 01-B: *“Las terapias de teatro totalmente mejor. En la conducta del individuo. Su forma de pensar, ver la vida de otra manera”*.

El sujeto 01-A: *“Esta terapia es mejor porque hay explicaciones, la profesora es más explicativa, más cordial con los alumnos. Esta terapia es una ayuda emocional”*.

El sujeto 02-A: *“Esto es mejor que hablar con mi psicóloga. Porque me ayudan un montón estos talleres. Mi psicóloga me da la impresión de que no me quiere, acá siento que sí me quieren”*.

El sujeto 03-A: *“Me parece mejor porque al mezclar lo lúdico con la reflexión y lo corporal moviliza mente y alma y permite sacar cosas que no las podrías sacar de otra manera”*.

#### Primera impresión que deja la actividad

El sujeto 01-B: *“El taller no fue lo que imaginaba. Lo imaginaba con más interacción con las personas y llegando a un objetivo más específico porque vi mucha redundancia”*. Esperaba que pudiera *“ayudarme en mi problema, mi enfermedad”*.

El sujeto 01-A: *“El taller no fue lo que imaginaba. Imaginaba que iba a ser más opaco y al final fue lindo lo que hicimos”*.

El sujeto 02-A: *“Yo me imaginaba que íbamos a hacer lo de la papa caliente, eso que hice una vez. Pero me sirvió porque fue mi situación lo que hice, ser una niña y que tu mamá te diga lo que tenés que hacer. No tener los ovarios para enfrentar la realidad”*.

El sujeto 03-A: *“Sabía que me iba a sentir bien y que iba a poder sacar algo positivo. Que iba a poder ver en mí, algo que me niego a ver”*.

#### Cómo se perciben a sí mismo el paciente, dentro del taller.

El sujeto 01-B: Respecto a contar con las capacidades responde *“sí, ¿por qué no? Tuve dificultades por mi forma de ser y por la forma de dar el taller de la profesora. No me sentí a gusto”*.

El sujeto 01-A: *“Me salió linda la actuación y me gustó el taller. Tuve vergüenza al principio, después lo superé. Al principio no entendía a la profesora pero lo hablé con mi compañera y lo pudimos hacer”*.

El sujeto 02-A: Al preguntarle si considera que tiene las capacidades necesarias responde *“sí, por qué no”*. Y en cuanto a las dificultades confesó *“Me costó entender al otro grupo, lo que quisieron hacer”*.

El sujeto 03-A: *“Creo que tengo la disposición y las ganas. No tuve ninguna dificultad. Me sentí cómoda. Por ahí en la terapia psicológica o psiquiátrica no me siento cómoda”*.

#### Efectos del taller en su vida cotidiana

El sujeto 01-B: El taller le dejó *“aprendizaje de los problemas... y también a manejar las situaciones como esta que se produjo”*.

El sujeto 01-A: *“Aprender algo nuevo. Serviría para encontrar un empleo y aprender algo más de la vida. Poder dar una explicación al irme [de la internación] para entablar una charla en la vida cotidiana”*.

El sujeto 02-A: *“Me dejó que de a poco tengo que ser más fuerte y aprender a decir que no, y ser más egoísta, y pensar más en mí y no en los demás”*.

El sujeto 03-A: Se lleva *“tratar de ser más lúdica en la vida, de jugar más. Las cosas fuertes, difíciles, poder jugarlas”*.

### **1.5. Análisis de las entrevistas a pacientes que hace más de seis meses que están haciendo la actividad**

Pacientes ambulatorios que participan de los talleres de Hospital de Día del Hospital Escuela de Salud Mental Dr. Carlos Pereyra.

#### Motivación para participar de los talleres



Sujeto 02-B: *“Me hicieron el diagnóstico en la clínica Di Ferro y me derivaron para tener un buen progreso en la sociedad. Para mejorarme, es lo que yo creo. Para ir guiándome en mi enfermedad”.*

El sujeto 03-B: *“Porque siempre me gustó el teatro. Me interesa un montón y me gustaría hacer fuera de mi casa... me gusta venir acá. En el sur, en Santa Cruz hice teatro y también hice una obra que se llamaba “La mueca del ángel”.*

El sujeto 04-B: *“Primero, porque me hace bien salir algunas horas de mi casa. Segundo, porque yo me he dado cuenta que me está haciendo bien, me ha ayudado mucho a muchas cosas de mi enfermedad, y me hace bien estar en contacto con gente, con chicos de mi edad, con chicas. Cuando faltó o algo me pongo mal porque “no fui”. Por ahí tengo miedo de que me den el alta porque no sé qué haría sin hospital de día”.*

#### Efectos del taller en la vida cotidiana

Sujeto 02-B: *“Yo lo veo como una ayuda. Es importante, siempre trato de estar tranquilo, no venir “fumado”. Me levanto temprano y no me cuesta. Para otras cosas sí me cuesta levantarme”.*

El sujeto 03-B: *“Sigo siendo la misma de siempre, pero lo que ha cambiado en mí es que no tenía amigos y ahora sí tengo. Estaba sola y deprimida, me ha costado mucho adaptarme a Mendoza. El taller me ha ayudado a estar en sociedad. Ocupa uno de los lugares más importantes en mi vida. El día que tenga que salir de acá me voy a poner muy triste. En mi casa siempre hablo con mi marido del taller y le cuento lo que hacemos. Y hasta él se da cuenta que ocupa un lugar muy importante en mi vida”.*

El sujeto 04-B: “[El taller ocupa] Un lugar muy importante porque para mí decir “es jueves” está muy metido en mí, porque me encanta, me ayuda mucho en muchos aspectos y ya pienso como voy a hacer las cosas. Compartir”.

#### Revisión de las emociones

Sujeto 02-B: “[Emocionalmente hubo] muchos cambios, mucha risa, más alegre, más activo. Lo vivo todos los días cuando actuamos sobre algún tema en especial. Lo que aprendí de estos talleres es a tener más equilibrio en el compañerismo, saber hablar con los demás. Ser más suelto”.

El sujeto 03-B: “Me permite totalmente. La verdad es que tengo muchas cosas por sacar y el taller me viene bien con eso. Son muchas vivencias mías, y trato de poner las vivencias mías en escena. Después me voy muy bien del taller a mi casa. No me quisiera ir nunca de acá. Una actividad que me permitió expresar mis emociones fue cuando trabajamos con adicciones, fue cuando más liberé mis emociones. De eso aprendí que era adicta y poder tratar mi problema. Antes, que no hacía los talleres, no lo podía decir, lo ocultaba. Ahora lo pude decir a mi doctora y trabajar en eso”.

El sujeto 04-B: “Me ayuda a sacar las emociones de adentro. Por ejemplo ahora, porque yo viví mucha violencia cuando era chica, de parte de mi padre, y después con una ex pareja, entonces como que pude sacar la bronca que le tenía de ese momento al otro chico. Era como uno puede sacarlo afuera, expresarlo, gritarlo, pegarlo, como a mí me hubiera gustado que hubiera sido, no terminar mal así como terminé yo. De esto aprendí que la violencia no ayuda a resolver nada. Patearse y golpearse no soluciona el problema, que la gente tendría que tener más diálogo y más entendimiento, la pareja, la familia. Ya que vivimos en un mundo lleno de violencia,

*evitar llegar a eso. Y a mí me ha ayudado a comprender algunas cosas, evitar impulsos. Porque yo soy una persona muy impulsiva y ver que la violencia nos puede llevar a puntos en los que no se puede volver atrás”.*

#### Revisión de problemáticas personales

Sujeto 02-B: *“Mis problemas los demuestro cuando lo actúo. No lo hablo sino que lo actuamos. No me llamaría la atención hablar de mis problemas, no sabría de qué hablar. De los talleres se puede aprender, pero yo no he aprendido nada, no le he prestado mucha atención”.*

El sujeto 03-B: *“Problemas no he trabajado, pero sí vivencias”.*

El sujeto 04-B: *“Cuando yo les dije a los chicos que es lo que íbamos a hacer, que quería trabajar violencia de género porque a mí me había pasado. Entonces después compartir con ellos sí, teatro me ha ayudado mucho en compartir, en confiar. Sentí que mis compañeros me daban apoyo, que no me metiera tanto en lo que me había pasado y la respuesta de la profe es brindar el espacio para que nosotros podamos sacar lo que tenemos adentro que por ahí nos está comiendo y no nos animamos a sacarlo”.*

#### Modificación de conducta

Sujeto 02-B: *“Puedo hacer las cosas de otra manera. Algunas por ejemplo, ahora aviso a mi abuela cuando voy a salir de mi casa o en vez de que darme callado le respondo, hablo más con ella. Con ella es con quien vivo. No creo haber cambiado en nada, pero algunas personas me dicen que me ven mejor, más lindo, más activo”.*

El sujeto 03-B: *“Nunca me he planteado cambiar la forma de hacer las cosas. Reconozco que hago las cosas mal, que soy arrebatada, pero pienso*

*que ya no las puedo cambiar. Ahora me veo a mi misma como una “guerrera revolucionaria”. Antes me veía muy como fracasada”.*

*El sujeto 04-B: “Aprender a manejar los impulsos, porque parte de mi enfermedad era autoflajelarme en el brazo y ahora, le decía a la doctora, que hace un mes que ya no me corto, que ya lo puedo controlar, cuando se me vienen los pensamientos de querer cortarme me controlo. Controlo eso, controlo más mi actitud. No he tenido internaciones. Y eso me he dado cuenta que me ha influido muchísimo el hospital de día, me ha ayudado. Para mí, que pase un mes sin lastimarme, ya es un logro muy grande. Dice mi doctora que ha habido avances de forma positiva. [Además ahora vengo] arreglada, ponerme perfume, vestirme bien. Antes era más descuidada, no me importaba si estaba pintada o no, antes mucho no me importaba, ahora es diferente”.*

#### Relación con los pares

*Sujeto 02-B: “Me sirve para ser más respetuoso con los demás. Ahora siento como si los conociera más [a mis compañeros]. Como sí los conociera de antes. Yo siento que, cuando hablamos o actuamos en el teatro, se da una ayuda para ellos”.*

*El sujeto 03-B: “Más me pongo a reflexionar mi caso [que el de mis compañeros]. Como que me doy cuenta de algunas cosas pero no... Yo soy una persona que observa mucho a las otras personas y por ahí me doy cuenta que yo por ahí hago cosas o digo cosas que pueden hacer sentir mal, que puedo dañar a algún compañero pero no lo hago conscientemente. Cuando yo llego a mi casa es como que lo pienso y digo “Uh, capaz que hice sentir mal a un compañero”. Por las cosas que yo digo, porque yo tengo un pensamiento medio no tan estructurado. Pero conectarme con*

*los problemas de los demás no, nunca me he puesto a pensar en eso. A mí me recibieron bien y siempre tuve una buena conexión con mis compañeros. Creo que acá las personas son muy buenas, los compañeros sobre todo. Lo que sí siento como que ha surgido mi relación con mis compañeros, siento que con algunos ya puedo decir que son mis amigos. No recuerdo haber podido ayudar o apoyar a mis compañeros. Por ahí en alguna escena, a dar alguna idea. A una compañera, justo ayer la estaba escuchando por teléfono y estaba como en crisis y yo la estaba escuchando y le estaba dando un consejo justo y se cortó la comunicación. También ella me ha ayudado porque me ha visto en crisis también. Yo la quiero mucho y la apoyo y si le tengo que dar un consejo se lo doy”.*

El sujeto 04-B: *“Con una chica que una vuelta no sé qué estábamos dramatizando que bueno, ella sufrió la misma violencia, entonces yo la veía a ella que estaba mal, entonces yo le dije que se quedara tranquila, porque conociendo lo que ella me había contado, no quería que se pusiera tan mal, porque era como que se había metido demasiado, como que quise bajarla un poco para que no sufra tanto. Que lo dramatice pero que no se pase para que ella no se ponga mal. Me parece que en teatro es cuando más nos ayudamos todos. Esto me ayudó a mí a comprenderla. Ahora somos más unidos, somos bien compañeros. Yo había tenido un problema con una compañera y se me acercó a pedirme perdón y ahora estoy mejor, porque no me pinta estar mal con nadie de acá”.*

#### Apoyo del grupo

Sujeto 02-B: *“No me ha pasado algo así”.*

Yamila: *“Siento que los compañeros que he encontrado acá me hacen el aguante. El día que me vaya nunca me voy a olvidar de esta rehabilitación”.*

El sujeto 04-B: *“Una vez que el otro era un psicólogo y yo paciente y me puse a hablar que estaba depresiva. Hice una transferencia y me puse a llorar y la profe estuvo conmigo viendo que yo estuviera bien, también mis compañeros, pero lo que más voy a marcar es la profe”*.

### **1.6. Análisis de las observaciones realizadas en los talleres de Arteterapia y Hospital de Día.**

De la observación de los talleres dictados por la Profesora Elena Schnell podemos decir que los talleres duran aproximadamente una hora y treinta minutos. Estos talleres se dividen en tres momentos, al igual que en dramaterapia y en psicodrama, hay una primera etapa de caldeamiento o apresto. En este espacio se realiza la presentación del taller y de los coordinadores, como así también la de los pacientes participantes, en una ronda. Luego se hacen ejercicios de articulación y calentamiento corporal, para, posteriormente, iniciar un desplazamiento. Estas primeras técnicas, que forman parte del primer momento de los talleres, se repite casi invariable en cada taller.

Las variaciones comienzan a aparecer en el desplazamiento, donde se van agregando nuevas consignas que buscan generar algún emergente en el grupo, a veces, y otras veces, simplemente promover el contacto y la comunicación en el grupo.

En la fase de desarrollo se presenta una clara diferencia entre los talleres de Arteterapia con pacientes internados y los talleres de teatro del Hospital de Día.

En los primeros, la profesora está muy atenta a cualquier tipo de emergente que surja del grupo durante el caldeamiento. En una oportunidad fue las personas que se iban del taller, en otra “el esperar”, que surgió del ejercicio de caminata, etc.

En los segundos, el tema del desarrollo ya estaba predefinido por los talleres psicoeducativos que se dictaban en el horario anterior, por lo que los emergentes no se tenían en consideración y se abordaba directamente la temática. Podríamos decir que el apresto de estos talleres ya comenzaba en el taller anterior.

Los pacientes que no están actuando son observadores y la profesora les da un rol muy importante, preguntándoles acerca de lo observado, invitando a incluir variaciones, etc.

Por último, la fase de cierre busca la reflexión y la salida de los roles representados anteriormente. Aquí nuevamente hay variantes entre un taller y otro. En los talleres de Arteterapia, al tener un coordinador terapéutico, éste toma las riendas del cierre e invita a los participantes a realizar las conclusiones y cierres del taller. En los talleres de H. de D. en cambio, como la profesora se desempeña sola, da menos tiempo a este espacio y menos profundidad a las reflexiones.

Los objetivos que se propusieron en los talleres rondaron, en el primer espacio, encontrar los emergentes del grupo para usarlos como disparadores para la representación creativa de los pacientes. A través de estas escenas, los sujetos pudieron canalizar y proyectar intereses, preocupaciones y pensamientos propios con la distancia estética que propone el modelo. En el segundo espacio, los objetivos apuntaban directamente a la teatralización de las temáticas trabajadas en los talleres psicoeducativos. Allí los participantes tenían la oportunidad de vivenciar los roles que se jugaban en estas temáticas y podían intercambiar dichos roles, viviendo dicha experiencia desde diversos ángulos.

Entre los instrumentos utilizados en estos talleres el escenario, no estaba claramente definido y cada grupo elegía aquel espacio que le resultara más

conveniente para la puesta. El sujeto jamás era un protagonista o sujeto identificado, sino que el foco siempre permaneció puesto en el grupo. El director se mantuvo todo el tiempo como un facilitador u orientador, sin intervenir en la realización de las escenas o en la modificación de las mismas, más bien invitaba a los compañeros a hacer las modificaciones que consideraran apropiadas. El auditorio o público siempre ocupó un rol fundamental, incluso en el caso donde habían pacientes que no querían participar activamente del taller, la profesora los incluía pidiendo su opinión o punto de vista acerca de lo visto en las escenas; invitaba a hacer modificaciones, etc. La dramaterapia suma, además, objetos transicionales que en los talleres analizados no se observaron.



## 2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### Análisis de las entrevistas a las profesionales del teatro y salud mental en Mendoza.

Al analizar el modo de acercamiento que hicieron las profesionales locales a la salud mental desde el teatro, Duarte nos cuenta que estudió psicodrama con un referente nacional muy importante. Como ya hemos visto en capítulos anteriores, ésta disciplina, junto a la teatral, hacen importantísimos aportes al marco teórico y a la metodología de la dramaterapia.

Por su parte Schnell no posee ninguna experiencia previa, y su ulterior formación ha sido de manera independiente, leyendo e instruyéndose en lo que ella define como escenoterapia. La escenoterapia es una técnica psicoterapéutica desarrollada en el campo del psicoanálisis, a diferencia de la dramaterapia, que puede ser definida como una disciplina académica.

También asegura haber leído Winnicott, que como también hemos visto, es uno de los valiosos aportes de la psicología a la dramaterapia.

Al definir su práctica, Duarte asegura que es “dejar de pensar en la patología y tomará la persona en su totalidad”, coincidiendo con el postulado de Rogers, quien asegura que en todo sujeto está el potencial de construir su futuro y su destino aún más allá del moldeado que sufra su self. Agrega Carolina, que el teatro tiene el poder de alcanzar los fines terapéuticos, que ella le atribuye desde sus orígenes, sin contemplar la necesidad de otros aportes teóricos específicamente psicológicos.

Schnell no se atreve a definir su práctica, pero sí asegura que lo que utiliza del teatro es un porcentaje muy bajo, aunque luego arriesga una definición diciendo que es la “aplicación de ciertas herramientas, técnicas y ejercicios teatrales

para trabajar en un espacio terapéutico”. Ni siquiera en esta definición arriesga a asegurar que su práctica sea terapéutica. Lo que va en contraposición con la definición de dramaterapia que proponemos en el capítulo uno y que asegura que es un método que ayuda a la comprensión y alivio de enfermedades mentales y sus secuelas.

Esta postura teórica aleja un poco más a la profesora, de la posibilidad que su práctica pueda definirse en el marco de la dramaterapia.

Carolina Duarte, al hablar de los alcances de su práctica en la atención de pacientes con trastornos mentales, no sólo persiste en el desarrollo de la potencialidad, tal como la define Rogers, sino que además agrega el valor potenciador del grupo, base fundante de todas las teorías dramaterapéuticas, y del juego, también puesto en valor cuando hablamos de los aportes fundamentales que hace el teatro. Y no sólo del juego en el apresto o caldeamiento, sino como espacio transicional, tal como lo define Winnicott, donde se abandona la individualidad para llegar a una representación colectiva, y como espacio para el ensayo y el aprendizaje de nuevos modos de funcionamiento.

Por otro lado Elena Schnell tiene una mirada más individual, observa al sujeto, su cuerpo, sus gestos, sus movimientos, pensamientos, sensaciones, intenciones, mirada, equilibrio, y como se expresa y comunica con el otro.

En cuanto al cambio que percibe en los pacientes, producto de la práctica, Carolina reconoce cambios del estado de ánimo y la conducta, pero principalmente cambios en la relación con los demás.

Atribuye este fenómeno a la oportunidad que brinda el teatro al sujeto, de poder dejar de ser un agente pasivo y pasar al hacer; y no cualquier hacer, sino un hacer que puede cambiar cierto recorte de la realidad. Esto recuerda a Meldrum cuando

intentábamos definir la dramaterapia, que nos decía que “es un proceso en el cual le permitimos al paciente que haga por sí mismo lo que no podía lograr sólo”. Aun cuando parece un juego de palabras, es este fenómeno el que Carolina Duarte describe acerca de sus talleres.

Elena también describe cambios conductuales y anímicos, empero se concentra más en las manifestaciones corporales de dichos cambios. Además asegura que los pacientes manifiestan sentirse menos tensionados, más relajados. Este es uno de los primeros efectos que define la dramaterapia que es el de la catarsis, aunque no se queda allí y busca algo más. Y suma, que el cambio puede deberse al cambio de rol, de ser paciente, a ser protagonista, o por el hecho de ser simplemente una actividad extra cotidiana.

Entonces, ambas profesionales nos hablan del cambio de rol, por lo que no podemos evitar mencionar el modelo dramaterapéutico de Personaje. Este asegura que el paciente enferma cuando se ve restringido a un grupo limitado de personajes. Encontrar nuevos repertorios de conductas para ellos o desarrollar otros nuevos, son lo que llevan al paciente al bienestar.

#### Análisis de entrevistas a pacientes que hacen el taller por primera vez

En cuanto a la percepción que hacen los pacientes de los objetivos de la actividad, aún en su primera impresión, casi todos los sujetos admitieron que les permitía calmar la ansiedad, enfrentar la realidad, fortalecerse y sacar a la luz cosas que uno no quiere ver.

Aquí vemos como la actividad logra en los pacientes ayudarlos a comprender y aliviar sus problemas sociales y psicológicos, tal como lo define la BADth al referirse a la dramaterapia.

Hablamos, en la introducción de este trabajo, de la dramaterapia en términos de una disciplina alternativa y complementaria a las actuales prácticas en salud mental, por ello cuando los pacientes son indagados en el eje de las ventajas que perciben en relación a otros abordajes, nos sirve oír que destacan la actividad evaluada.

Al respecto, dos de los sujetos entrevistados hacen hincapié en el vínculo con el profesional, subrayando la cordialidad, la capacidad de explicar, y el afecto positivo atribuido a éste. Esto nos hace revisar lo que hemos visto en los aportes de Rogers a la dramaterapia, cuando nos dice que la relación terapeuta-paciente debe estar fundada en la empatía, consideración positiva incondicional, congruencia y apertura.

Otro paciente entrevistado, en cambio, prefiere enfatizar la metodología, considerando que la combinación de lo lúdico, con lo corporal y reflexivo son la combinación que permite “sacar cosas que no las podrías sacar de otra manera”. Justamente ésta combinación, más la intencionalidad terapéutica son las cualidades que hemos destacado en el estudio de la dramaterapia.

Conocer el contraste entre las expectativas previas y la experiencia vivida por los pacientes que hacen este taller, dio por resultado que la realidad superó las expectativas.

Puntualmente, en el caso en que esto no ocurrió, el paciente reclamó más interacción entre las personas, y un objetivo más específico y explícitamente orientado a su problemática.

Como ya hemos dicho, el proceso dramaterapéutico, si bien promueve la interacción, no lo hace así con el abordaje de la problemática particular del sujeto. Este sujeto, diagnosticado como trastorno esquizo-afectivo, muestra problemas en sus

relaciones interpersonales, afectando su funcionamiento psicosocial y la integración, como en general, en un Trastorno Mental Grave, tal como podemos verlo en la segunda parte de nuestro trabajo.

Cuando hablamos sobre la autopercepción de los pacientes de las capacidades necesarias para realizar la tarea y las dificultades que se les plantearon, uno de ellos destacó las dificultades relacionadas con su personalidad, mientras que otros dos destacaron su dificultad para entender, fuera a la profesora, o a su grupo de pares. Aunque en todos los casos aseguraron sentirse con las condiciones necesarias para hacer la actividad.

Esto nos muestra claramente, como el taller trabaja con los componentes saludables del sujeto, tal y como lo proponen todos los autores dramaterapéuticos consultados. Sin embargo, podemos imaginar un deterioro, propio del trastorno mental, que podría estar a la base de las dificultades en la comprensión de algunos momentos del taller.

Por último, cuando se indagó a este grupo acerca de cómo creían que podía impactar el taller en su vida cotidiana, los cambios actitudinales se destacaron afirmando que, entre los efectos se hace presente el “ser más lúdica en la vida”, “ser más fuerte y aprender a decir que no”, “poder entablar una charla y aprender a manejar situaciones similares a las vividas en el taller”. Mientras que la primera hace referencia a los aportes del humor en dramaterapia, que permite un distanciamiento de la problemática personal, posibilitando mayor apertura y flexibilidad ante los hechos; la segunda destaca la posibilidad de dramatizar su experiencia y, jugando desde el personaje, poder proyectar su conflicto hacia el espacio potencial del juego que define Winnicott, para luego reapropiárselo metabolizado y elaborado por el grupo. Los otros

dos sujetos pudieron ver el aprendizaje, no más allá de la experiencia concreta en el aquí y ahora del taller, y el desarrollo de habilidades sociales concretas que les permitan manejar futuras situaciones.

Análisis de entrevistas a pacientes que llevan más de seis meses realizando el taller de teatro en Hospital de Día

Para que pacientes con trastornos mentales como la psicosis, con su sintomatología negativa como falta de voluntad y apatía, entre otros, puedan permanecer en una actividad por tanto tiempo, debe existir una motivación superior, además de una remisión sintomática. Estos motivos aparecen en el discurso de los entrevistados. En el primer sujeto entrevistado, el motivo está puesto fuera, “me hicieron el diagnóstico, me derivaron”, no aparece un compromiso afectivo personal, como sí aparece en los otros dos sujetos, quienes aseguran que lo hacen porque les “gusta”, porque les hace “bien estar en contacto con gente”, esencialmente porque les “gusta ir a ese lugar”. Hay una fuerte identificación positiva con el Hospital de Día y particularmente con el taller de teatro. Estos son los efectos deseables, según vemos en el apartado de TMG, para programas de Rehabilitación y apoyo social, arista fundamental de la asistencia a pacientes con esta problemática.

Los cambios que lo pacientes perciben en su vida cotidiana son del campo emocional y conductual. Aseguran, los entrevistados, que les ha permitido controlar su consumo de sustancias, y otro, incluso, que lo ha sacado de la depresión y le ha permitido hacer amigos. El tercero, por su parte, no puede especificar, pero afirma que el taller le “ayuda mucho en muchos aspectos. Compartir”. En esta instancia, donde el proceso es otro, e incluso la metodología de trabajo cambia, podemos ver cómo, en general, los pacientes les dan mayor protagonismo y significación al grupo.

En el eje del análisis de las emociones, los pacientes refieren, en general, que el taller permite “sacar” emociones que estaban guardadas. Los tres sujetos admitieron haber podido explorar sus emociones en diferentes oportunidades, con el abordaje de diferentes temáticas. La referencia es directa a la posibilidad de representar escenas que permiten proyectar, por un lado la escena manifiesta de la temática propuesta por la coordinadora, pero gatilla en los participantes, paralelamente, una escena latente, cargada de contenidos afectivos, que son exteriorizados y elaborados en la misma situación dramática, o bien dejan un proceso abierto que sigue en proceso de elaboración. Por ejemplo, uno de los sujetos dice que puede “expresarlo, gritarlo, pegarlo, como a mí me hubiera gustado que hubiera sido, no terminar mal así como terminé yo”. Tomando esta expresión podemos ver como el sujeto logra, en la dramatización, romper el continuum del relato que sostiene el sistema vincular inmóvil, y provoca una reestructuración donde pueden ingresar nuevas conceptualizaciones y nuevas conductas. De forma similar sucede con el sujeto 03-B que expresa que al liberar sus emociones pudo asumir su condición de adicta y empezar a tratar su problema y hablar de ello.

En el eje donde se indaga si explícitamente se abordan problemáticas personales, los pacientes refieren no hacerlo de manera directa, sino a través de las representaciones en las que tienen que actuar. Nuevamente surge la elaboración de las escenas latentes protegidas por la distancia que impone el personaje y la escena manifiesta. Entonces aparece el rol de la profesora que “brinda el espacio para que nosotros podamos sacar lo que tenemos adentro”. Tanto el modo de elaborar los problemas de manera indirecta, como el rol de facilitador del profesional, son parte de

las características distintivas de la dramaterapia que la diferencian del psicodrama y que son descritos en el apartado de dramaterapia y psicodrama de este trabajo.

Dos de los sujetos entrevistados no admiten cambios en su conducta atribuibles a su participación en el taller. Aunque afirman, por un lado, que los demás lo “ven mejor” y, por el otro, que ha pasado de sentirse “una fracasada” a sentirse “una guerrera revolucionaria”. Podríamos pensar que esta negativa inicial tiene que ver con una falta de conciencia del valor terapéutico del espacio, o una autopercepción deficiente, producto de su patología de base. Sin embargo, luego admiten cambios a nivel conductual y actitudinal. El sujeto 03-B logra cambiar el personaje con que se identificaba y da lugar a un nuevo personaje “guerrera revolucionaria”, que define un modo de verse, sentirse y de actuar en el mundo que ella vive como más positivo y con más potencial que su anterior personaje de “fracasada”. En el tercer caso, reconoce del primer momento las mejoras que percibe en sí, y cómo estas son también reconocidas por los demás. Estos cambios los vive a nivel conductual (“pase un mes sin lastimarme”), cognitivo (“aprender a manejar los impulsos”), y emocional (“ahora vengo arreglada, y me pongo perfume, me visto bien”).

La dramaterapia prioriza la grupalidad desde su concepción ya que drama involucra, como hemos vistos en la definición, un encuentro social del que todos los miembros salen transformados. Así lo explicitan los sujetos entrevistados cuando afirman que en la actuación de teatro se da una “ayuda para los compañeros”, o que sienten que “ha surgido mi relación con mis compañeros, siento que con algunos ya puedo decir que son mis amigos”, o que “me parece que en teatro es cuando más nos ayudamos todos [...] Ahora somos más unidos, somos bien compañeros”. Esta forma de referirse al grupo confirma el postulado del Modelo Integrado que afirma que el grupo



en sí mismo es un agente terapéutico. Finalmente, el sujeto 04-B hace una referencia al apoyo que recibió de la profesora del taller en un momento en que hizo “una transferencia [con el personaje] y me puse a llorar”, y destaca la presencia y la actitud de la profesional. Vemos como aquí Schnell logra esa relación con el paciente que propone Rogers, y que es tomado como axioma de la dramaterapia, basada en el respeto, vínculo empático y predisposición de apertura y autenticidad.

#### Análisis de la observación de los talleres

Al observar los talleres, vemos como el esquema propuesto por Schnell condice con el apresto, el desarrollo y cierre, tal como se describe en el apartado de la metodología dramaterapéutica. Aunque, sobre todo el cierre, no responde tan exhaustivamente a estos modelos. Si bien en los talleres con pacientes internados se da una pequeña reflexión, esta ocupa la menor porción del taller, mucho menos del tercio que propone la metodología dramaterapéutica, y no hay rituales de cierre en acción.

También difiere en el uso de los instrumentos: no define un escenario al cual poder dotar de toda la carga simbólica de espacio transicional, entre el mundo real y el dramático, diferenciándolo del resto del espacio. Tampoco cuenta con un equipo auxiliar que participe activamente del taller, sino que funciona como un observador eterno, hasta la fase de cierre, donde hace su aparición con intervenciones que guían la reflexión. Y por último, no se vale de objetos transicionales (cuentos, vestuarios, máscaras, utilería), sólo los cuerpos de los participantes, la consigna y las posibilidades creativas del grupo (o subgrupo).

Por otro lado, sí se maneja con los instrumentos restantes. El grupo como sujeto, ya que a pesar de su mirada individualizada de los sujetos, en la práctica, todas las consignas están dirigidas al grupo sin destacar un protagonista. El auditorio

ocupa un rol destacado, inclusive aquellos pacientes que por alguna causa no están participando del taller, son incluidos para opinar y dar su mirada acerca de lo que está viendo, sin descontar los otros subgrupos, a los que, ni bien terminada la escena se les solicita la retroalimentación.

Algo que no se puede ver, ni en la entrevista a Schnell, ni en la observación de los talleres y las intervenciones de la profesional, es la clara intencionalidad terapéutica que exige la dramaterapia en su definición. La profesora va construyendo el taller a partir de lo que observa y percibe como emergente del grupo en la etapa de apresto, valiéndose de un comentario, una conducta grupal o un evento inesperado. De todos modos, esto podríamos entenderlo como una mirada sistémica, donde el observador y el entorno forman parte de un todo, y este todo se produce por efectos de su interacción dando un resultado distinto a la suma de las partes individuales. No es un sujeto, ni la profesora quien decide qué hacer, sino el emergente que surge de la dinámica del grupo.

El ritual, desde la visión antropológica que aporta a la dramaterapia, imprime su esquema en los talleres del Hospital de Día principalmente. Allí se vivía un proceso que comenzaba incluso un poco antes del taller de teatro, cuando los participantes formaban parte de los talleres psicoeducativos que dictan una psicóloga y una trabajadora social. Las temáticas eran de profundo interés para los participantes y servían de preparación para el momento donde podrían “actuar” o “llevar al cuerpo”, como lo expresara la profesora, las vivencias relacionadas con estas temáticas, durante el espacio de teatro. Se repetía la fórmula: el encuentro, el saludo inicial, el calentamiento corporal, el desplazamiento por el espacio, y finalmente la posibilidad de actuar. En el último taller incluso ya estaban formados los grupos y armadas las escenas.

Se actuaba el ritual de la representación, el que daba lugar a un cambio en sus protagonistas y en el auditorio. Luego se producía la dispersión, una breve reflexión, los saludos y la despedida hasta la siguiente semana. Un esquema que se repite y que sus participantes conocen, y que lejos de convertirse en monotonía, brindaba a los participantes la sensación de control y poder.

El juego y el humor tienen poco lugar en estos “rituales”, lo espontáneo está relegado a las improvisaciones en la fase de desarrollo y excepto algunas ocurrencias o el mismo vínculo distendido de los participantes, no hay mucho lugar para la risa, aunque esta no se la coarta cuando aparece. Sin embargo, sólo en uno de los aprestos apareció el humor, al realizar el calentamiento con una canción infantil que invitaba al movimiento.

En el desarrollo, las escenas de los subgrupos se van presentando y los personajes se despliegan. Las escenas se repiten, pero en cada repetición cambian, hay cambios de roles y con ellos cambios en las características de los personajes, en su comportamiento, y en el discurrir de las historias. No podemos hablar estrictamente de que esta práctica sea asimilable con el modelo de Teatro Terapéutico ya que éste exige una meta puesta en el futuro, donde el producto a alcanzar pueda ser exhibido. El modelo que podría ajustarse mejor, es el Modelo Integrado tal como es definido en el marco teórico de este trabajo. La estructura se ajusta a este modelo, que es el más amplio y flexible en su definición, ya que afirma que todo lo que implique acción será material para ser usado en dramaterapia. Además, contempla como facilitador para la improvisación a la discusión de un tema particular, que en este caso es lo que se da en los talleres psicoeducativos.

### **3. CONCLUSIONES**

#### **3.1. Desarrollo de la dramaterapia en Latinoamérica según el Dr. Pedro Torres Godoy**

La dramaterapia como disciplina de abordaje y estudio en la región, es muy reciente, apenas se reconocen como tal las actividades realizadas por un grupo de profesionales de la salud mental en Chile en el año 1994.

La dramaterapia ha tenido restringida su entrada al país debido a una posición ideológica de la Sociedad Argentina de Psicodrama, que se ha arrogado la hegemonía de todas las terapias activas grupales, según las palabras del Doctor Pedro Torres Godoy.

No existe certificación en dramaterapia en la región, siendo la única alternativa la formación en Inglaterra, USA o Italia, con 3000 horas de trabajo supervisado.

La dramaterapia en el trabajo con patologías psiquiátricas graves se concibe integrada a las modernas estrategias psicoterapéuticas grupales y con la moderna neurobiología de la psicofarmacología molecular, desarrollando equipos interdisciplinarios.

La dramaterapia necesita afianzarse desde el punto de vista teórico, específicamente en comprender cómo se genera la cura, cómo se genera el cambio a nivel emocional, cognitivo, conductual, relacional vital y espiritual.

#### **3.2. Talleres de Teatro en el contexto de Salud Mental según Elena Schnell y Carolina Duarte**

Los profesionales entrevistados en Mendoza, que ejercen en el ámbito de la salud mental, con recursos teatrales, están formadas en arte dramático y no

poseen capacitación formal en salud mental o psicoterapia, excepto Duarte que realizara una capacitación en psicodrama, en Buenos Aires.

Elena Schnell, llega al desempeño del teatro en contextos de salud mental en la búsqueda de empleo y desde un rol docente, sin planteárselo como una modalidad terapéutica; y aprende del trabajo específico desde la práctica, y con lecturas particulares, ulteriores. Carolina Duarte muestra interés por el campo de aplicación desde la universidad, y busca dentro de la escasa oferta, la capacitación que le es posible adquirir para insertarse en los contextos de salud.

Ninguna de las dos profesionales reconoce su práctica como teatro terapéutico, y ni siquiera conocen los principios de la dramaterapia; aunque admiten observar cambios positivos en los pacientes que participan de sus talleres, desde lo conductual, lo actitudinal y lo gestual-postural. Duarte considera que los beneficios terapéuticos del teatro son algo intrínseco de la disciplina y no precisa otro tipo de planteamiento.

Para Carolina Duarte los beneficios de la práctica se dan por su condición lúdica y grupal, en relación a la potenciación de las capacidades creativas de las personas.

Para Elena Schnell los beneficios están relacionados con el trabajo con uno mismo y con el otro: la expresión y la comunicación. Hay modificaciones en la mirada, la postura, el equilibrio, la relación con el otro.

Ambas, desde su posicionamiento, resaltan la importancia de abordar los factores sanos que toda persona posee y proponen crear un ambiente que facilite el desarrollo de estos factores.

Carolina Duarte y Elena Schnell están llevando a cabo investigaciones en relación al teatro y la Salud Mental, ambas presentadas ante el INT (Instituto Nacional del Teatro). Elena Schnell se encuentra desarrollando indicadores para realizar un estudio sobre su práctica en el Hospital Carlos Pereyra.

### **3.3. Metodología de trabajo de los talleres de teatro en el contexto de salud mental.**

La metodología implementada en los talleres de teatro observados, dictados por la profesora Elena Schnell muestra semejanzas que permitirían equipararla con la metodología general del Modelo Integrado de dramaterapia, y no tanto con el Modelo de Teatro Terapéutico que se postulaba inicialmente. La diferencia más significativa está en la fase de cierres y conclusiones, que en los talleres de teatro se les da poca prioridad y no logran profundizar en el sentir y pensar de los participantes, agotando la instancia, como así tampoco se vale de todos los instrumentos que este Modelo ofrece, como un equipo terapéutico, objetos transicionales o un escenario claramente definido y cargado de significación dentro del ritual terapéutico. Los pacientes, por su parte, muestran dificultades para poder verbalizar los sentimientos y pensamientos que se despiertan en las dramatizaciones.

Los objetivos que se detectaron en estos talleres observados son comparables con los objetivos generales que propone la dramaterapia.

Los talleres trabajan con los cuerpos en acción y algunos elementos escénicos tales como escaleras, sillas y mesas, no se valen de recursos externos tales como música, vestuarios, utilerías, cuentos, imágenes u otros elementos que se utilizan en dramaterapia y son una herramienta fundamental en ella.

### **3.4. Vivencias particulares de los pacientes con trastornos mentales graves, que realizan los talleres de teatro en el hospital.**

La finalidad terapéutica de los talleres de teatro es percibida por los pacientes que hacen por primera vez el taller, a saber, el sujeto 01-B, el sujeto 02-A y el sujeto 03-A, expresándolo de diferente manera, pero siempre haciendo referencia a los cambios conductuales o actitudinales que podrían darse en ellos a partir del trabajo en el taller. El sujeto 01-A por su parte, considera que el taller le servirá para conseguir un empleo en el campo de la actuación. Aparecen en el discurso afirmaciones tales como calmar la ansiedad, enfrentar la realidad, fortalecerse y sacar a la luz cosas que uno no quería ver.

Coinciden el sujeto 01-B, el sujeto 01-A, el sujeto 02-A y el sujeto 03-A en que este tipo de abordaje representa ventajas por sobre otro tipo de abordajes a los que se han visto expuestos, haciendo referencia principalmente al vínculo que se entabla con la profesional y a la integración de diferentes aspectos como son lo lúdico, lo reflexivo y lo emocional.

Respecto a la primera impresión que dejó la actividad en los pacientes, las respuestas son dispares y relacionadas con las expectativas que tenía cada uno. Mientras el sujeto 01-B tenía mayores expectativas de lo que el taller le ofreció. Para el sujeto 01-A, el sujeto 03-A y el sujeto 02-A el saldo resultó positivo, ya que el sujeto 01-A lo percibió más lindo de lo que imaginaba, y el sujeto 02-A y el sujeto 03-A sintieron que pudieron trabajar sus problemáticas personales.

Todos los participantes que realizaron el taller por primera vez declararon haberse sentido con la capacidad para realizar la tarea, mientras que las dificultades fueron, para el sujeto 01-B, su personalidad; para el sujeto 01-A, la timidez

inicial; para el sujeto 02-A, su capacidad para comprender la actuación de sus compañeros y el sujeto 03-A no percibió ninguna dificultad.

Para los cuatro participantes de los talleres que hicieron la actividad por primera vez, la experiencia podría repercutir en su vida cotidiana, dejando un tipo de enseñanza particular para cada uno de ellos.

La motivación que lleva a participar de los talleres, a los pacientes que hace, al menos, seis meses que lo hacen, es variada. Mientras el sujeto 02-B declara que inició los talleres porque fue derivado, también admite que cree que es para ayudarlo y guiarlo en su problema, el sujeto 03-B asegura que el teatro le gusta desde hace mucho tiempo, y el sujeto 04-B asegura que le ha hecho bien para ayudarla en cosas de su enfermedad.

Según confían los tres participantes de los que estamos haciendo referencia, el taller ocupa un lugar importante en sus vidas. El sujeto 02-B lo vive como una ayuda, al sujeto 03-B le ha permitido socializar y hacer amigos, y para el sujeto 04-B es muy importante, está muy metido en su vida y le ayuda en muchos aspectos.

En cuanto al trabajo con las emociones de los pacientes que llevan más de seis meses haciendo la actividad, El sujeto 01-A declara que ahora está más alegre y más activo, el sujeto 03-B asegura que en el taller puede sacar lo que tiene adentro, cosas que antes ocultaba; al igual que el sujeto 04-B, quien asegura que puede sacar afuera emociones que tenía guardadas.

Los problemas personales no son atendidos particularmente en los talleres, según lo que expresan El sujeto 02-B y el sujeto 03-B, aunque admiten que en las escenas que actúan se los puede poner de manifiesto en forma general. El sujeto 04-



B percibe que ha podido abrirse y confiar en sus compañeros para compartir sus problemáticas, siempre en el marco de las actuaciones.

Los cambios que se pueden percibir en el análisis del relato de los participantes se da en tres niveles, conductual, cognitivo y emocional, aunque en muchos casos el sujeto no los percibe conscientemente.

Todos los pacientes de este grupo reconocen que, desde que realizan la actividad, la relación con sus compañeros ha mejorado, les interesan más sus problemas, los conocen mejor y sienten que han podido entablar una relación de amistad con sus pares.

El sujeto 03-B y el sujeto 04-B reconocen haberse sentido apoyadas por sus compañeros en momentos donde lo necesitaron. En tanto El sujeto 02-B entiende que nunca le ha pasado una situación tal.

La elaboración de las emociones o el abordaje de problemáticas particulares de los participantes se da en el proceso de dramatización de un modo inespecífico y general, sin profundizar posteriormente en su análisis y reflexión. Las temáticas propuestas, usualmente son las disparadoras de estos fenómenos.

### **3.5. A partir de todo esto se puede concluir que...**

Tanto Pedro Torres Godoy, como Elena Schnell y Carolina Duarte se encuentran en la actualidad realizando investigaciones con metodología de la dramaterapia y el teatro, respectivamente.

Según describe Elena Schnell y Carolina Duarte en sus entrevistas, el teatro terapéutico, tal y como ellas lo conciben, aporta beneficios para los pacientes que lo realizan. Pedro Torres Godoy agrega, que para lograr tal propósito, ésta práctica debe integrarse a las “modernas estrategias psicoterapéuticas grupales y con la moderna

neurobiología de la psicofarmacología molecular, desarrollando equipos interdisciplinarios”.

Hay una percepción subjetiva e información no sistematizada acerca de los beneficios de ésta disciplina. Percepción compartida por profesionales y pacientes participantes de las actividades. En general, los pacientes participantes en los talleres de Hospital de Día y que formaron parte del presente estudio, presentan una fuerte adherencia y sentimiento de pertenencia, priman los vínculos sociales, los que definen como de amistad, y han desarrollado un vínculo afectivo con el espacio y la docente.

El pobre desarrollo de la Dramaterapia en Latinoamérica y particularmente en nuestro país y nuestra provincia, da lugar a que las prácticas con recursos teatrales observadas, no cuenten con sus aportes teóricos y metodológicos, y que las profesionales que ejercen la disciplina en estos contextos no posean formación terapéutica y por lo tanto no se pueda hablar de procesos psicoterapéuticos, ni orientados al cambio de forma dirigida y manifiesta. El abordaje termina siendo de manera intuitiva y empírica. La metodología de trabajo que describen las profesionales que realizan los talleres de teatro con pacientes con trastornos mentales graves, y que se ha podido describir en las observaciones de los talleres realizadas, se asemeja mucho a la metodología dramaterapéutica del Modelo Integrado y modalidades que define la Dramaterapia como propias de su disciplina.

Todo esto implica para la psicología una oportunidad ideal para indagar en una metodología de abordaje que ya se está experimentando en diferentes contextos con resultados evidentes, aunque pobremente documentados. Esta disciplina le permitiría al profesional de la salud mental, alcanzar nuevos objetivos y un abordaje

diferente, y complementario, a las prácticas existentes, no sólo con grupos de miembros patológicos, como es el caso del presente trabajo, sino en ámbitos aquí no explorados como pueden ser, el ámbito comunitario, en grupos que han atravesado o atraviesan situaciones de crisis, y quizás lo más importante, para la prevención de problemas propios de determinados contextos (profesionales de atención en crisis, por ejemplo) y la promoción de la salud emocional en la población.

Futuros estudios podrían estar orientados a intentar definir cuáles son, en esta disciplina, los factores que promueven el cambio, ¿qué cambios concretos promueve esta disciplina en pacientes neuróticos y psicóticos?, ¿en qué medida el paciente es consciente de los cambios que se dan en su conducta, emociones o pensamientos cuando practican la disciplina? ¿Cuánto tiempo se mantienen los efectos, en el sujeto, después de haber practicado la disciplina? Los parámetros ideales de trabajo (cantidad de sujetos, duración del tratamiento, etc.). Además se podría estudiar las patologías que son más sensibles a este tipo de abordaje y las capacidades mínimas necesarias en los sujetos para poder trabajar bajo ésta metodología. Y otras tantas preguntas que surgen de la práctica cotidiana.

Las limitaciones para esta investigación tienen que ver con su carácter estrictamente exploratorio. Las conclusiones no se pueden generalizar más allá del grupo interviniente en la investigación y durante el tiempo y el contexto en que se observaron. La evaluación de los talleres tiene la misma condición de parcialidad. Además se debe tener en cuenta que no se realizaron observaciones, ni entrevistas, en los talleres de Carolina Duarte, ya que la población es infantil y esto exigía otros procedimientos legales y burocráticos muy complejos. Se deja fuera de este trabajo,

también, toda otra experiencia de teatro en contextos de salud mental, que se realicen en nuestra provincia o en el país y sus alcances terapéuticos.

### **REFERENCIAS**

- Bozikovic de Rodriguez, M. L. (2008). Grupo Arlequines de Sala 13 - Chaco. En A. Sava, *Arte y desmanicomialización: Una puerta a la libertad en Hospitales Psiquiátricos Públicos de Argentina* (págs. 95-111). Buenos Aires: Ediciones Artes Escénicas.
- Cattanach, A. (2006). Modelo Experimental de Dramaterapia. En S. Jennings, A. Cattanach, S. Mitchell, A. Chesner, & B. Meldrum, *Manual de Dramaterapia* (págs. 41-43). Londres: Taylor & Francis Books Ltd.
- Chesner, A. (2006). Dramaterapia y Psicodrama. Similitudes y diferencias. En S. Jennings, A. Cattanach, S. Mitchell, A. Chesner, & B. Meldrum, *Manual de Dramaterapia* (págs. 134-150). Londres: Taylor & Francis Books Ltd.
- Chesner, A. (2006). Un modelo integrado de dramaterapia. En S. Jennings, A. Cattanach, S. Mitchell, A. Chesner, & B. Meldrum, *Manual de Dramaterapia* (págs. 75-90). Londres: Taylor & Francis Books Ltd.
- CIE-10. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Cornejo, S., & Brik Levy. (2003). *La representación de las emociones en dramaterapia*. Barcelona: Editorial Médica Panamericana.
- Fernandez Moya, J. (2006). *En busca de resultados: Una introducción a las terapias sistémicas*. Mendoza: Universidad del Aconcagua.
- Filgueira Bouza, M. (2009). *Manual de Formación de la Asociación Española de Psicodrama. Normativa de Acreditaciones, Escuelas y Programa Oficial*. USA: Lulu.
- Gilbert-Aguilar, C. (2003). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. (20 de noviembre de 2014). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Obtenido de Guía Salud.es: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_453\\_TMG\\_ICS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICS_compl.pdf)
- Hernandes Sampieri, R., Fernandez Collado, C., Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la Investigación [5° edición]*. México D. F.: The McGraw-Hill
- Jennings, S. (2006). El teatro de sanación. La metáfora y la metafísica en el proceso de sanación. En S. Jennings, A. Cattanach, S. Mitchell, A. Chesner, & B. Meldrum, *Manual de Drmaaterapia* (págs. 111-128). Londres: Taylor & Francis Books Ltd.
- Jennings, S., Mitchel, S., Chesner, A., Meldrum, B., & Cattanach, A. (2006). *Manual de dramaterapia*. Londres: Taylor & Francis Books ltd.
- Laviana-Cuetos, M. (2006). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un

modelo comunitario. *Apuntes de Psicología Vol. 24*, 345-373. Obtenido de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/110/112>

- Lopez Anido, S., Otero, G., & Spiguel, D. (2008). Experiencia de rehabilitación psicosocial en pacientes severamente perturbados de salud mental. En A. Saba, *Arte y desmanicomialización. Una puerta a la libertad en Hospitales Psiquiátricos Públicos de Argentina* (págs. 174-186). Buenos Aires: Ediciones Artes Escénicas.
- Martí, D. (2008). Cuento de amor, locura y magia. En A. Sava, *Arte y Desmanicomialización: Una puerta a la libertad en Hospitales Psiquiátricos Públicos de Argentina* (págs. 84-85). Buenos Aires: Ediciones Artes Escénicas.
- Martinez, V. (10 de octubre de 2013). *Breve historia de la Dramaterapia*. Obtenido de slideshare: Slideshare.net: <http://es.slideshare.net/vmartnez10/breve-historia-de-la-dramaterapia>
- Meldrum, B. (2006). Antecedentes Históricos y Visión de la Dramaterapia. En S. Jennings, A. Cattanach, S. Mitchell, A. Chesner, & B. Meldrum, *Manual de Dramaterapia* (págs. 23-27). Londres: Taylor & Francis Books Ltd.
- Meldrum, B. (2006). El modelo de presonaje de la dramaterapia. En S. Jennings, A. Cattanach, S. Mitchell, A. Chesner, & B. Meldrum, *Manual de Dramaterapia* (págs. 93-101). Londres: Taylor & Francis Books Ltd.
- Mitchell, S. (2006). El teatro de la auto-expresión. En S. Jennings, A. Cattanach, S. Mitchell, A. Chesner, & B. Meldrum, *Manual de Dramaterapia* (págs. 55-70). Londres: Taylor & Francis Books Ltd.
- Moreno, J. (1974). *Psicodrama*. Buenos Aires: Hormé.
- Quinteros de Pellegrini, N. O. (2008). La recuperación del cuerpo y la palabra como instrumento terapéutico en el proceso de curar. En A. Saba, *Arte y desmanicomialización. Una puerta a la libertad en Hospitales Psiquiátricos Públicos de Argentina* (págs. 161-168). Buenos Aires: Ediciones Artes Escénicas.
- Ruddy RA, Dent-Brown K. Dramaterapia para la esquizofrenia o enfermedades similares a la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Sava, A. (2008). *Arte y desmanicomialización: Una puerta a la libertad en Hospitales Psiquiátricos Públicos de Argentina*. Buenos Aires: Ediciones Artes Escénicas.
- Schnell, E. (2010). *Un teatro necesario*. Buenos Aires: Ediciones Artes Escénicas.
- Schurzenberger, A. (1970). *Introducción al psicodrama en sus aspectos técnicos*. Madrid: Aguilar.
- Torres-Godoy, P. (2001). *Dramaterapia: dramaturgia, teatro y terapia*. México: ALOM.
- Torres-Godoy, P. (10 de octubre de 2012). *Dramaterapia: posibilidades en psiquiatría y salud mental*. Obtenido de Escuela de Dramaterapia y Psicodrama de Santiago: <https://archive.is/o/YpLvT/http://dramaterapia.cl/pdf/dramater.arti.2001.pdf>

Torres-Godoy, P. (20 de Noviembre de 2012). *Quienes Somos:Edras*. Obtenido de Edras: Procesos grupales y Creatividad: <http://www.edras.cl/site/content/quienes-somos>

Torres-Godoy, P., & Lucero, S. (2012). *Dramaterapia y Psicodrama:Un encuentro entre el teatro y la terapia*. Santiago de Chile: Ediciones Edras.

# ANEXOS

## ANEXO 1

### Modelos de entrevistas

#### Entrevista a los profesionales locales.

En cuanto a la disciplina en general...

1. ¿Cómo llegó a dedicarse a esta actividad? ¿Cómo ha sido el recorrido hasta hoy y en qué situación se encuentra ahora con respecto al teatro terapéutico?
2. Según su experiencia ¿Cómo definiría el teatro terapéutico?
3. ¿Cuál cree usted que son los alcances u objetivos que alcanza el teatro terapéutico en el tratamiento de Trastornos Mentales Graves?
4. ¿Ha tenido oportunidad de utilizar los recursos que ofrece el teatro terapéutico para realizar algún tipo de investigación formal o informal? ¿Qué investigó y que resultados obtuvo?

En cuanto al abordaje de grupos y pacientes...

5. ¿Qué recursos teatrales o para-teatrales utiliza? ¿Con qué objeto?
6. ¿Qué ventajas y obstáculos supone el teatro terapéutico a la hora de abordar un individuo o grupo?
7. ¿Percibe cambios significativos en los pacientes que realizan esta actividad? ¿Estos cambios se dan a nivel actitudinal, conceptual o en lo procedimental? ¿Podría describir esos cambios?
8. ¿A qué le atribuye estos cambios en los sujetos?
9. ¿Cómo planifica el contenido de los talleres? ¿Qué parámetros toma en cuenta?

#### Entrevista al Dr. Torres Godoy



1. ¿Cómo llegó a dedicarse a esta actividad? ¿Cómo ha sido el recorrido hasta hoy y en qué situación se encuentra ahora con respecto al teatro terapéutico?
2. ¿Qué cambios siente que se han dado en usted a partir de realizar esta actividad?
3. ¿Cuál cree usted que son los alcances u objetivos que persigue la dramaterapia en el tratamiento de Trastornos Mentales Graves?
4. ¿A qué ámbitos de intervención psicosocial ha llevado la dramaterapia y con qué resultados?
5. ¿Qué tipo de investigación ha realizado valiéndose de los recursos de la dramaterapia? ¿A qué conclusiones pudo llegar?
6. ¿Qué contexto legal, material e ideológico exige la dramaterapia para su ejercicio en el ámbito de la salud mental pública?
7. ¿Qué formación es necesaria para alcanzar el grado de “Dramaterapeuta”?
8. ¿A qué nivel de formación en dramaterapia se puede llegar a partir de la oferta de capacitación y especialización en Sudamérica?
9. Además de Chile, ¿en qué otros países latinoamericanos se ha desarrollado la dramaterapia?, según su conocimiento ¿Qué lugar ocupa la Argentina en este contexto?
10. ¿Profesionales de qué campo del conocimiento son los que más se acercan a las capacitaciones de dramaterapia que Ud. imparte?

Por su parte, estas fueron las entrevistas a los pacientes.

Pacientes que realizan la actividad por primera vez

Datos del entrevistado

Nombre o seudónimo:

Pista:

Sexo:

Edad:

Estado civil:

Educación:

Diagnóstico:

Descripción del taller observado:

Descripción general del paciente en la observación y la entrevista:

1. ¿Has tenido alguna experiencia vinculada con el teatro o con alguna expresión artística? Si es afirmativo, descríbala.
2. ¿El taller se parece a esa o alguna otra experiencia similar que hayas tenido en el pasado? En qué se parece y en qué se diferencia
3. ¿En qué pensás que te puede servir una actividad como esta?
4. ¿Es mejor, en algún aspecto, este tipo de terapia con otras terapias que hayas hecho?  
¿en qué?
5. ¿La actividad en el taller resultó como lo imaginabas? Si no fue así, qué diferencias hubo.
6. ¿Crees que tenés la capacidad para poder hacer las cosas que te propone el taller?
7. ¿En qué aspecto sentís que tuviste las dificultades: por tu forma de ser, no entendías lo que había que hacer, por la forma de dar el taller de la profesora, por miedo, vergüenza o timidez, por otra razón? En general, ¿Te sentiste a gusto realizando el taller?
8. ¿Qué aportes crees que el taller le hizo a tu vida en el día a día? ¿Aprendiste algo, te dejó alguna vivencia, te despertó alguna emoción? Describir.
9. ¿Seguirías haciendo esta actividad? ¿Por qué?

Pacientes que realizan la actividad desde hace al menos seis meses

Datos del entrevistado

Nombre o seudónimo:

Pista:

Sexo:

Edad:

Estado civil:

Educación:

Diagnóstico:

Descripción del taller observado:

Descripción general del paciente durante la toma:

1. ¿Cuánto tiempo lleva participando de los talleres de teatro?
2. ¿Por qué participa de los talleres de teatro?
3. ¿Qué ha cambiado en su persona desde que comenzó con los talleres?
4. Desde el punto de vista de las emociones ¿siente que el taller le facilita liberar sus sentimientos y emociones abiertamente o por el contrario le inhibe esa expresión?  
¿Podría dar un ejemplo de alguna actividad que diera lugar a esto? ¿Pudo aprender algo de eso?
5. ¿Cree que los talleres de teatro le permiten compartir problemas personales?  
Recuerde alguna oportunidad en la que pudiera hacerlo. Cual fue la tarea que el tallerista indicó en esa oportunidad y como se trabajó al respecto. ¿Qué aprendió de eso?
6. ¿De qué manera el taller le ha permitido conocer y/o conectarse con problemas y temores de otros compañeros? ¿Cómo cree que esto puede haberlo ayudado a Ud.?
7. ¿Se relaciona de manera diferente con sus compañeros desde que hace este taller?  
¿Cómo ha podido ayudar o apoyar a otros miembros dentro de los talleres? Describa alguna de estas situaciones y en qué lo ha beneficiado a usted.

8. Por el contrario ¿Cómo sus compañeros o profesor lo han ayudado o apoyado en momentos donde lo ha necesitado? ¿Qué situación al respecto recuerda?
9. ¿Ha podido entender su forma de hacer ciertas cosas de una manera distinta? ¿Esto le ha permitido modificar algunas conductas? ¿Qué conductas y de qué manera recuerda?
10. ¿Ha cambiado la imagen de sí mismo y de sus compañeros desde que participa de estos talleres? ¿Cómo?
11. ¿Qué lugar ocupa el taller en su vida cotidiana y personal?
12. ¿De qué manera cambiarías el taller?
13. ¿Qué elegirías para que nunca cambie en el taller?
14. ¿Qué consejo le darías a alguien que está por sumarse al taller? ¿Por qué?

## ANEXO 2

### **Entrevistas respondidas por los especialistas**

#### Entrevista a Pedro Torres Godoy

**Médico psiquiatra, titulado en la Universidad de Chile, terapeuta sistémico, psicodramatista y pionero de la dramaterapia en Iberoamérica, fundador y actual director de EDRAS Chile.**

#### **1. ¿Cómo llegó a dedicarse a esta actividad?**

En 1987 mientras trabajaba en el antiguo Hospital Psiquiátrico de Santiago, ex manicomio nacional, en atención de pacientes agudos y crónicos, en conjunto con otros colegas psiquiatras y psicólogos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, sentimos la necesidad de implementar en nosotros, habilidades y destrezas teatrales para el mejor ejercicio de nuestra labor en docencia universitaria. Luego de tomar un curso de “Actuación teatral para docentes universitarios” en el departamento de teatro de la Universidad de Chile, en la vieja casona de Morande 750, y en la magnífica sala Agustín Sire, (que había sido centro de refugiados de la persecución política de la dictadura de agosto Pinochet Ugarte) pues en ese lugar de forjaron nuestros primeros pasos en esta disciplina. Después del curso antes señalado, descubrimos que había generado en cada uno de nosotros un efecto “terapéutico” o sea aliviador de nuestras ansiedades y stress como psiquiatras de pacientes psicóticos y además en medio de la dictadura militar de Pinochet.

Nos propusimos hacer un curso formativo y largo en el tiempo para adquirir la dimensión procesal que se llamó “destrezas teatrales para terapeutas”, que mas tarde titulamos “destrezas teatrales psicoterapéuticas”; esto acontecía en 1992

En 1994 un actor chileno, Enzo Cossi, nos muestra por primera vez el libro “Dramatherapy: Acting for real” de Rennee Emunath. Enzo venia de un año de entrenamiento en dramaterapia en Inglaterra con Sue Jennings y allí nos dimos cuenta que nuestras “destrezas teatrales psicoterapéuticas” en realidad se correspondían perfectamente con la “dramaterapia”; desde 1994, en adelante llamamos así a esta disciplina que permanentemente nos estimula e impulsa a seguir investigando, ya que la

consideramos no solo una disciplina, sino una interdisciplina o mejor dicho aun una transdisciplina en plena formación.

**2. ¿Cómo ha sido el recorrido hasta hoy y en qué situación se encuentra ahora con respecto al teatro terapéutico?**

Hago una aclaración:

Teatro terapéutico es parte de la dramaterapia y se refiere a una representación teatral que estimula a un grupo, o sea es un disparador de procesos emocionales.

Dramaterapia, tiene una acepción amplia, desde la etimología compuesta de sus palabras: drama...acción, y terapia...asistencia emocional, o sea dramaterapia= asistencia y elicitación emocional a través de la acción corporal, interaccional, grupal.

Si me pregunta por el derrotero de cómo ha sido este periplo o la peripecia de la dramaterapia en Chile e Iberoamérica, pues no ha sido fácil.

Actualmente urge:

-afianzar la dramaterapia desde el punto de vista teórico, específicamente en comprender como se genera la cura. La gente hace muchas cosas, hace muchos ejercicios, hace muchas clases de teatro, pero nadie sabe si eso cura o no cura el alma de las personas y grupos.

Actualmente me encuentro trabajando en la personajeología y personajeoterapia en el contexto de la dramaterapia que creo tiene una buena base teórica y epistemológica para explicar cómo a través de la práctica del teatro, la gente se sane. Y espero tener una publicación pronto a fines de este año publicado en monografía.

Hasta ahora nadie ha podido demostrar eso.

La gente juega, pero eso no basta.

La gente ríe, pero eso no basta.

La gente llora, pero eso no basta.

La gente hace ejercicios, construye personajes y escenas, pero eso no basta.

No basta ¿para qué?, pues para cambiar, ya que el néctar de lo terapéutico es el cambio emocional, cognitivo, conductual, relacional vital y espiritual, y eso aun nadie lo ha demostrado.

Debemos hacer que la ciencia impacte a la dramaterapia para que se coluda con la compleja neurobiología del cambio personal y solo allí, podremos hablar con propiedad de que estamos frente a una disciplina terapéutica, lo demás sería solo entretención.

**3. ¿Qué cambios siente que se han dado en usted a partir de realizar esta actividad?**

Pienso que en mí el principal cambio es adquirir flexibilidad psicológica que forma parte de lo central de las terapias de nueva generación o terapias contextuales, flexibilidad psicológica que tiene que ver con la espontaneidad y creatividad, en particular permitirme relacionar mundos diversos, aunque no tengo claro que fue primero, si el huevo o la gallina, llegue a la dramaterapia por mi curiosidad que tengo desde niño en moverme en las interfaces de las ciencias, el arte, los fractales, en la incertidumbre, la ambigüedad, y gracias a eso llegue a la dramaterapia, una disciplina que he desarrollado en Chile y Sudamérica, y que me he permitido decir lo que me plazca como nadie sabe nada de esto?...se puede decir cualquier cosa, ahora viene introducirle ciencia o sea hacer ciencia.

**4. ¿Cuál cree usted que son los alcances u objetivos que persigue la dramaterapia en el tratamiento de Trastornos Mentales Graves?**

Diría integrarse con modernas estrategias psicoterapéuticas GRUPALES, con la moderna neurobiología de la psicofarmacología molecular que hoy avanza a pasos agigantados, jamás en oposición, sino en integración permanente; la neurobiología es una sola, y es la misma neurobiología cerebral la que reacciona frente a un químico como la que reacciona frente a un ejercicio teatral. Aquí el desafío es ver como se integran ambas disciplinas y desarrollemos equipos interdisciplinarios potentes ante cuadros médicos potentes y destructivos como las psicosis graves.

**5. ¿A qué ámbitos de intervención psicosocial ha llevado la dramaterapia y con qué resultados?**

En lo personal he trabajado en equipo de salud en estrategias de autocuidado profesional, fomento de prácticas de buen trato y bienestar y felicidad profesional tanto entre pares como hacia los usuarios externos y de ellos hacia los profesionales de ayuda, en talleres de psicoeducación para el buen trato con técnicas de dramaterapia

También he trabajado en pacientes con fobia social e inhibición a exámenes, y en fomento de la salud en pacientes psicósomáticos, Los resultados deberán ser evaluados con adecuadas metodologías para aseverar de que si estamos frente a un método terapéutico robusto.

**6. ¿Qué tipo de investigación ha realizado valiéndose de los recursos de la dramaterapia? ¿A qué conclusiones pudo llegar?**

He trabajado con dramaterapia el grupos víctimas del terremoto y tsunami en el sur de Chile, el año 2010, investigación que fue evaluada en un antes y un después con instrumento ad hoc, y los resultados son promisorios.

También el formación y entrenamiento profesional con alumnos de pre y postgrado, pero insisto en que actualmente estamos abocados a medirlo todo lo que más podamos a través de instrumentos cualicuantitativos para sacarle la cuota de subjetividad y romanticismo al tema de manera de que pueda entrar en el terreno de las investigaciones duras.

**7. ¿Qué contexto legal, material e ideológico exige la dramaterapia para su ejercicio en el ámbito de la salud mental pública?**

En Chile no hay legislación vigente de quienes puedan ser dramaterapeutas o no. Nuestro sistema de certificación de EDRAS Chile dispone de análisis curricular, entrevista personal y ver el comportamiento del formando en el desarrollo del primer año de entrenamiento en los métodos docentes que ideamos que se llamas “grupos piramidales”, y el que tiene fallas en su conducta dramaterapéutica no continua la formación, con eso nos aseguramos de formar profesionales idóneos y de descartar a quienes no puede ser terapeutas, siguiente principios de autorregulación grupal éticamente validada.

**8. ¿Qué formación es necesaria para alcanzar el grado de “Dramaterapeuta”?**



El en extranjero sea Inglaterra USA, Italia son 3000 horas de trabajo supervisado

En Chile recién hemos implementado una certificación año a año en los “grupos piramidales” pero estimamos que deben ser cercanas a la norma internacional ya que cada candidato deberá tener sólidos conocimientos de prácticamente todo el curriculum de psicología, psicoterapia y disciplinas teatrales

**9. ¿A qué nivel de formación en dramaterapia se puede llegar a partir de la oferta de capacitación y especialización en Sudamérica?**

Por el momento es muy escasa, es una disciplina en pañales

EDRAS Chile es la única entidad en Sudamérica que ofrece algo, por medio de sus programas anuales de certificación en la formación de sus grupos piramidales

**10. Además de Chile, ¿en qué otros países latinoamericanos se ha desarrollado la dramaterapia?,**

En ninguno

**11. según su conocimiento ¿Qué lugar ocupa la Argentina en este contexto?**

Ninguno ya que los psicodramatistas argentinos creen tener la hegemonía de todas las técnicas activas grupales, a través del psicodrama, descalificando cualquier otra disciplina y señalando que “todo eso ya lo dijo Moreno”, o sea “todo es psicodrama”. Se cumple el dicho, “se ve solo lo que se puede ver” , y el psicodrama no es lo único....la misma Sociedad Argentina de Psicodrama (SAP) feneció catastróficamente hace varios años, ante la no renovación de sus huestes, y se anquiloso en la ancianidad de sus integrantes y directivos, lo que la llevo a su colapso definitivo. Hoy Argentina no tiene Sociedad Psicodramática, solo grupos aislados que solo defienden sus parcelas, y menos tendrá visión ni apertura, creo yo, para la dramaterapia, a menos que una nueva generación de interesados la desarrolle, aparte del psicodrama, pero jamás verla como disciplina que compite con el psicodrama, sino lo complementa, eso sería un error (véase cap. del libro Sangra la Escena Dramaterapia y Psicodrama: Higea y Panacea de las terapias de acción contemporáneas)

**12. ¿Profesionales de qué campo del conocimiento son los que más se acercan a las capacitaciones de dramaterapia que Ud. imparte?**

Psicología, teatro, medicina, de la salud en general, comunicación, artes, entre otros

### **Entrevista a Elena Schnell**

**Profesora de Teatro con título universitario otorgado por la Facultad de Artes y Diseño de la Universidad Nacional de Cuyo. Actriz, y directora de teatro, docente. Coordinadora de los Talleres de Teatro en Hospital de Día y en internación del Hospital psiquiátrico Dr. Carlos Pereyra de la Ciudad de Mendoza desde 1995 hasta la fecha.**

En cuanto a la disciplina en general...

- 1. ¿Cómo llegó a dedicarse a esta actividad? ¿Cómo ha sido el recorrido hasta hoy y en qué situación se encuentra ahora con respecto al teatro terapéutico?**

Sinceramente, yo llego a esta actividad porque estaba buscando trabajo. Yo venía de vivir en Europa, y en los primeros meses, vivo en Córdoba. Mi hermano, que trabajaba con grupos de chicos con problemas de conducta graves. Él me invita a que lo acompañara a un campamento. A mí realmente me impactó muchísimo el trabajo de contención que tenían que hacer los profesores con esos chicos. De esto te estoy hablando del año '94. Hablando con mi hermano, acerca del juego y la contención, él me decía qué bueno sería trabajar con teatro con esta gente... y me dijo, con estos chicos no vas con lo intelectual, acá vas con la emoción, acá tenés que dar, y a mí eso me impactó muchísimo. Cuando vengo a vivir a Mendoza, a mí me había quedado eso en la cabeza. La hermana del papá de mis hijos es neuróloga, y trabajaba en ese momento en el Pereyra, ahora trabaja en el Lagomaggiore. Y ella me dice, están buscando en hospital de día del hospital Pereyra, armar algo con gente de arte. Había otro antecedente que a mí me había impactado muchísimo y eran los talleres artísticos que se hacían en el neuro de Córdoba en aquella época. El neuro de Córdoba, que yo nunca, siempre participaba desde el teatro, pero tenían un impacto en lo social, porque se trabajaba desde la música, y desde el teatro haciendo producciones que no te podías creer, incluso invitadas a los festivales internacionales latinoamericanos de ese momento. Yo alcancé a ver dos o tres producciones en las que participaban todos, desde los pacientes, los enfermeros y los mismos profesionales, porque eran grupos abiertos. Cuando vengo acá, entro al Pereyra, tengo una entrevista con Patricia Lozano que estaba a cargo de hospital de día, y dirigía Vilapriño padre. Entonces me entrevistan y entré a

trabajar, fue todo un desafío, entré a trabajar porque me atraía y porque necesitaba laburo. Paralelamente entré a trabajar al italiano. Siempre fui llevando, trabajar con los locos y los adolescentes. Así entro a trabajar sin ningún tipo de preparación en lo psi, tenía mucho hecho desde el teatro. Y creí que con el método de las acciones físicas podía meterme y trabajar con pacientes psicóticos. Entonces, trabajando desde la superficie, con ejercicios de secuencias de acciones, de secuencia de movimientos, de caminatas, posturas, ritmos, de espacio, objetos, desde ahí, vi que eso podía traer buenos resultados. Cuando entro a trabajar con ellos, tenía coordinadores psicológicos por periodos. Ahí es donde entra a trabajar Carolina Chacón

## **2. ¿Cómo evolucionó su trabajo en este campo?**

Yo conozco de trabajar en salud mental por la pura práctica. Después ya empecé a estudiar y a hacer todo un trabajo que tiene que ver con la lectura más específica teatroterapia, escenoterapia. Y uno de los primeros trabajos presentados fue en un congreso internacional en roma, aislamiento y discapacidad. Pero ¿cómo evolucionó? Evolucionó en tanto fui metiéndome, fui buscando, me fui interiorizando y yo particularmente después de casi 20 años trabajando ahí he visto modificaciones, yo veo que el teatro y las técnicas teatrales tienen modificaciones. Me ayudó también, ciertos capítulos de Winnicott que entiendo y que me parece que clarifica el uso de las artes, del juego, del aprendizaje. Este es uno de los teóricos que sí más me interesan

## **3. ¿Cuáles han sido tus principales referencias?**

En teatro específicamente el método de las acciones físicas, y el teatro antropológico. Autores, en el método de las acciones físicas, Stanislasky que es uno de los principales. El plantea que en el momento en que hay una filtración de alguna emoción, la acción va a provocar en sí misma el objetivo. Después hay otros grandes maestros como Grotowsky y Barba. Pero después, es todo tan ecléctico, que uno toma un poco de acá, un poco de allá. Patricia lozano nos hizo leer en su momento a Lía Rincón, que tiene unos conceptos sobre hospital de día y el arte que son bien interesantes. Por otro lado, todo lo que es el arte terapia italiana, de lo que yo me traje mucho material cuando vine del congreso. Un autor que me gustó mucho también es Donald Meltzer con el libro “La aprehensión de la belleza”, un psicoanalista también.

## **4. Según su experiencia ¿Cómo definiría el teatro terapéutico?**

Cuando vos vas a un grupo de pacientes o a un grupo en terapia, y vas con que ésta es la de teatro o “esta es la coordinadora de teatro”, yo me imagino que el que tiene algo de idea se le hace un mundo. El teatro es una palabra muy fuerte para ellos y encima le agregás terapia, entonces es muy grande. De todos modos, yo no sé todavía cómo definirlo con un nombre, ni siquiera sé cómo se la puede llegar a llamar en algún momento a esta actividad, porque como yo vengo del teatro, y como yo sé que es lo que se aplica ahí que debe ser un uno o tres por ciento, pero no sabría cómo llamarlo. Porque son técnicas del teatro, parte del método, parte de técnicas, y lo que se ve hacia el final en mi convivencia y en el taller. Porque se trabaja con un grupo que acciona y uno que observa, se da un mini hecho teatral, que en investigación teatral se lo define como microsistemas. Entonces dentro de la investigación del teatro, tenemos los microsistemas que son teatro de la salud, teatro en espacios de encierro, teatro comunitario, el teatro político, etc.

Para mí, lo que yo hago es la aplicación de ciertas herramientas, técnicas y ejercicios teatrales, que yo selecciono, para trabajar en un dispositivo, que es un espacio terapéutico, a un grupo de pacientes con problemática mental en tratamiento. Y lo que sucede, en cuanto a lo que surge del grupo frente a la propuesta, entre el que está accionando y el que está mirando, y el coordinador también. Es una vivencia y esa vivencia no es algo que después se pueda reproducir.

**5. ¿Cuál cree usted que son los alcances u objetivos que alcanza el teatro terapéutico en el tratamiento de Trastornos Mentales Graves?**

La aplicación de métodos y técnicas teatrales en pacientes con dolencias mentales tienen que ver con el trabajo con uno mismo, sobre uno mismo, teniendo en cuenta que el instrumento principal que se pone en juego en el teatro es uno con su cuerpo, sus gestos, sus movimientos, pensamientos, sensaciones, intensiones, etc. y con el otro, partiendo de que el teatro es un arte grupal y está básicamente asociado al otro, con quien interactúa en la acción o con quien está mirando, aunque el trabajo sea con un solo paciente, de manera individual.

Los objetivos principales son el trabajo con uno mismo y con el otro: la expresión y la comunicación.

**6. ¿Percibís que se ha producido un cambio en vos a partir de trabajar en este marco?**

Si yo tuviera que decirte de quien he aprendido más, es de los pacientes. Ellos son los que te ponen límite para trabajar. Ellos vienen marcando el ritmo del taller, y yo iba más allá porque ellos querían.

En lo personal gané más experiencia, al principio yo me angustiaba mucho, ahora entro cómoda, no tengo miedo de entrar en ese tipo de espacios. No soy insensible pero antes me angustiaba más. Antes, entrar a buscar a los pacientes en internación, me generaba un malestar. Es como una provocación. Yo sé que voy a provocarte al invitarte a hacer teatro, y bueno creo que ellos también te provocan al entrar ahí.

Además muchas cosas desde la observación, yo trabajo mucho con la mirada, en aprender a mirar, a quien vas y a quien no vas, quien te miró y a quien no te tenés que acercar

**7. ¿Ha tenido oportunidad de utilizar los recursos que ofrece el teatro terapéutico para realizar algún tipo de investigación formal o informal? ¿Qué investigó y que resultados obtuvo?**

Y en estos momentos yo estoy trabajando en cómo organizar indicadores de postura de equilibrio, de participación. Participación hay siempre, pero por ejemplo uno de los primeros indicadores, que acabo de ponerlos en las historias clínicas del hospital de día es cómo participó (participación individual y grupal)

**En cuanto al abordaje de grupos y pacientes...**

**8. ¿Qué recursos teatrales o para-teatrales utiliza? ¿Con qué objeto?**

Cuando trabajo en coordinación con los psi, uso mucho el escribir, yo anoto mucho. Cuando hay algo que surge yo lo anoto.

Generalmente soy de los que trabajan con la misma persona, pero también trabajo con disparadores como objetos, textos, música, espacios, ritmos. Me interesa mucho y es muy rico cuando estás atento de lo que emerge, del emergente. Si hay una palabra, una sensación, un ritmo que aparece en el grupo, inmediatamente lo tomo, pocas veces se me escapa.

**9. ¿Qué ventajas y obstáculos supone el teatro terapéutico a la hora de abordar un individuo o grupo?**

Yo no hablaría de ventajas, yo hablaría de modificaciones. En grupos que pueden concurrir más a menudo. Particularmente hay algo que me ha llamado a mí siempre la atención en estas enfermedades que es la mirada. Digo, que la persona entra con una forma de mirar y se va con otra. Las modificaciones que se dan en este lenguaje artístico, están puestos en uno mismo, porque el instrumento que se va a modificar es uno mismo. Yo no le veo ventajas o desventajas, el teatro, en el momento en el que lo que se entra a jugar no es un instrumento musical, sino es uno, entonces trabajar con personas que puedan entender consignas. Porque acá está lo otro, que necesito trabajar con alguien que no esté brotado, que entienda, que pueda entrar en el juego de la consigna. En general hay modificaciones en la mirada, la postura, el equilibrio, la relación con el otro, porque hay que tener en cuenta que el teatro es un arte social, que siempre está la mirada también del otro, entonces sí la modificación está en la relación con el otro

La ventaja del teatro creo que es que yo me modifico en el teatro, es uno mismo el instrumento que se pone en juego, con el propio cuerpo.

**10. ¿Percibe cambios significativos en los pacientes que realizan esta actividad? ¿Estos cambios se dan a nivel actitudinal, conceptual o en lo procedimental? ¿Podría describir esos cambios?**

Podría decir que los cambios significativos tienen que ver con lo que observo cuando los pacientes empiezan los talleres y cuando se van. Cuando son convocados, allí empieza la actividad y cuando se despiden. Los cambios los observo esencialmente en la postura, la mirada. Cuando son convocados los pacientes en general presentan oposicionismo, negatividad, desgano. Llegan a la actividad por obligación, porque se los indican, por insistencia, como parte del tratamiento, las miradas son esquivas, cabizbajas. Cuando termina el taller, miran de otra forma, dirigen su mirada, sostienen su mirada en la mía o en la del otro, su postura se ve distintas, más erguida, los movimientos más fluidos. Ellos manifiestan sentirse menos tensionados, más relajados. En el cierre del taller reclaman no tener más seguido estas actividades. Argumentan que no sabían de qué se trataba. Cuánto dura ese cambio, no lo sé. Cuánto dura esa

modificación en su postura, en su mirar, en su actitud, no lo tengo registrado. La modificación es inmediata. Puedo afirmar, en general, de que observo una modificación de quien entra, y que durante noventa minutos varía. Quizás porque dejó de ser quien espera, de ser “paciente” y se le permitió ser activo, ser “protagonista”.

No hablo de lo actitudinal, conceptual ni procedimental porque cuido mucho esos términos como referido a Teatro y Educación, esencialmente. Por ahora mis observaciones tienen que ver con la corporalidad de la persona que participa.

### **11. ¿A qué le atribuye estos cambios en los sujetos?**

Los cambios se podrían atribuir a que pasa otra cosa dentro de lo cotidiano de una internación. El Taller de TEATRO funciona como una actividad extra-cotidiana - extracotidiana según un concepto de la Antropología Teatral, método definido por Eugenio Barba. Pienso que el convocar a los pacientes a un taller de teatro, a hacer Teatro, ya suena “raro”, suena como una provocación. En sí mismo es una invitación a algo distinto, a incursionar en mundo maravillosos, al decir del gran Federico García Lorca, aunque lo que se proponga sean ejercicios básicos de algún método o técnica teatral y no a hacer personajes, ni una obra, tampoco escenas de textos de autor.

Pienso que la mirada se modifica desde la esencia misma del hecho teatral, pues teatro vienen del latín theatrom y significa mirar. La mirada de la persona que participa cambia cuando en los ejercicios se remarca observar el espacio, mirar al otro para saludarlo, mirar y escuchar para acordar en grupo, mirar las producciones de los otros grupos, etc. La acción de mirar está trabajada durante todo el taller, por ejemplo.

También los cambios se pueden atribuir al deseo, a la voluntad de incursionar en algo diferente de algunos pacientes participantes.

### **12. ¿Cómo planifica el contenido de los talleres? ¿Qué parámetros toma en cuenta?**

Mi experiencia, de casi veinte años trabajando con pacientes psiquiátricos, han hecho que planifique los talleres detalladamente en algunos períodos y que en otros trabaje con el emergente. Las dos formas son válidas. Siempre utilizando formas de expresión que parten del lenguaje teatral de métodos y técnicas seleccionadas. Por experiencia lo que es más útil es saber ser flexible y modificar en función del paciente, de lo que sucede,



de saber escucharlos y mirarlos, y no de una planificación estricta, término que también lo relaciono con Teatro y Escuela. Los temas pueden ser muy variados desde el trabajo con distintos niveles posturales, ritmos, la mirada, frases, imágenes, objetos, ideas o pensamientos que surgen de lo que ellos mismos expresan.

### **13. ¿Es necesario hacer una puesta en escena abierta al público?**

Yo creo que tiene que ver también con quien lo coordina, el que dirige, que objetivos tenés. Porque yo cuando empecé a hacer producciones, las producciones no tenían que ver con su enfermedad, y a mí me venía bien trabajar con textos de adaptaciones de cuentos. Así empecé con varios relatos, entre ellos de Gabriel García Márquez, relatos muy cortos de Javier Villafañe que fue uno de los primeros trabajos que se hizo, y hacia el final trabajé con Carballido, dramaturgo mexicano que trabajamos “El Censo”, muy gracioso, muy cómico; y ahí ellos sí pudieron enfrentarse con un texto teatral

### **14. ¿Siempre se trabaja desde el humor?**

No, no necesariamente. Cuando hicimos inquietos instantes, esos eran relatos que algunos eran de solo cuatro renglones, sobre esos cuatro renglones o algunos que eran un párrafo, hacíamos la escena, algunos más dramáticos, otros más cómicos... presentamos también una obra basada en un texto de García Márquez: la mujer que llegaba a las tres de la tarde, que nosotros le pusimos gracias por venir, y ese era un tema bastante dramático, y ese trabajo se presentó en el festival nacional de artistas psiquiátricos que se hizo en el año 99. Todo eso no se hizo más después, pero porque fue hablado consensuado. Había todo un equipo en el que participaba el de plástica, la de música, el psiquiatra, el psicólogo, trabajador social, todos los que trabajaban en ese momento en el centro de atención diurna; donde nos preguntamos qué queremos con esto: queremos que ellos vallan con el título, talleres artísticos del Pereyra a presentarse... siempre genera como un morbo ir a ver lo que hacen los locos, no? Sin embargo, Alberto Saba, que sigue siendo el coordinador y presidente de la red, él decía, es bueno que ustedes puedan trabajar desde lo artístico, desde lo teatral, poniendo en escena algo, que no tiene que ver con su enfermedad, ese también es otro giro, no estás haciéndolos presentar... más allá de que los del brote tenían una estética bastante interesante, porque tenían una puesta en escena muy prolija, de luces, de sonido, que hacía que la obra que se veía estaba realmente buena. Más allá de todo Ya en el 2000 se

había decidido que no se iba a mostrar producto y se quedó en el proceso. Entonces todo lo que tiene que ver con el arte en el hospital Pereyra tiene que ver con la aplicación dentro del proceso de la terapia, y entonces no se hicieron más producciones.

### **Entrevista con Carolina Duarte**

**Licenciada en Arte Dramático, egresada de la Facultad de Arte y Diseño de la Universidad Nacional de Cuyo. Formada como Payamédica en el Hospital Notti. Coordinadora de la ludoteca La Rayuela del Centro Preventivo de Salud Mental Infante Juvenil N° 3 de Rodeo del Medio dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Mendoza.**

Entrevista para profesionales del área

#### **En cuanto a la disciplina en general...**

- 1. ¿Cómo llegó a dedicarse a esta actividad? ¿Cómo ha sido el recorrido hasta hoy y en qué situación se encuentra ahora con respecto al teatro terapéutico?**

Yo trabajo con niños desde hace tres años en una ludoteca que funciona al lado del infante juvenil. Es un centro cultural donde se instala como un espacio de juego para los chicos y no un espacio cerrado para pacientes; entonces la lógica que tiene es la de un taller abierto ya que si bien vienen niños derivados, también vienen niños que nos ven jugando y se acercan y preguntan, se pueden quedar, hay un protocolo pero el taller es abierto.

Trabajamos con una modalidad donde lo que prime no sea tanto la patología en sí, sino lo que los chicos pueden hacer, con lo que pueden jugar, y las psiquiatras cuando ven que están compensados con medicación, que pueden estar en el espacio de taller, los mandan.

Tenemos dos talleres, un taller de cuento y un taller de construcción, separados por edad. Trabajamos mucho con el deseo de los chicos, lo que tienen ganas de hacer.

Tenemos una coordinadora que es lacaniana y tiene una mirada muy importante. Ella confía en el arte por el arte mismo, el arte como espacio de disfrute de placer, no en el arte como una herramienta para. Para mí esa es la nueva posta que hay que tomar. Que el abordaje sea desde otro lado, a mí me parece un poco como forzado que estamos en

un taller de teatro pero a la vez hay un coordinador psicológico, termina siendo todo como una cuestión forzada. Para mí el teatro es otra cosa, creo mucho en la pureza del arte mismo y en eso está bueno trabajar con gente que no te tome como el tallerista para después hacer una interpretación final. El teatro genera cosas por sí mismo siendo puro teatro, transforma en sí mismo. El teatro por sí mismo genera un movimiento, un cambio, y siempre lo ha hecho.

Bueno, esa es como la última postura que tengo. A medida que voy transitando cosas, voy encontrando nuevos lugares

Ya en la facultad, en tercer año, me empezó a interesar toda la cuestión relacionada con la salud. Empecé a leer, después me fui a Buenos Aires y estuve estudiando psicodrama en el espacio de Tato Pavoski y me contacté con una psicóloga que trabajaba con terapias corporales chinas.

Cuando estaba por recibirme me enteré del curso de payamédicos que hacían en el hospital Notti. Entonces hice el curso y empecé a laburar ahí. Después empecé a trabajar en la escuela hospitalaria, pensando en cómo podía adaptar los recursos teatrales al niño en el hospital. No se los podía sacar del aislamiento, por sus tratamientos, no se podía armar grupos, entonces Ahí empiezo a trabajar con cada uno. Después al infante me convocan por una amiga Valeria Rivas, que era una compañera de teatro que trabajaba en el infante de Lavalle. Entonces la coordinadora se contacta con la gente de allá a ver si conocían a alguien de teatro. Ella sabía que yo trabajaba en el hospital entonces me recomienda y me convocan.

## **2. Según su experiencia ¿Cómo definiría el teatro terapéutico?**

Yo creo que tiene que ver con pensar lo menos posible en la patología o la situación hospitalaria, trato de separarme un poco de eso, de tomar distancia de eso. Pensar en que se toma a la persona en su totalidad. Cuando uno se puede parar y ver que es un niño, que se encuentra en una situación particular y vamos a trabajar con lo que podemos crear entre los dos, obviamente sin desconocer lo que le sucede al sujeto.

El teatro es algo que está buenísimo que cuando se lo puede pensar en su totalidad es bueno en sí mismo.

Creo que el gran desafío es tomar las herramientas del teatro y buscarle la vuelta para que en este contexto, cumpla los fines que el teatro tuvo siempre.

**3. ¿Cuál cree usted que son los alcances u objetivos que alcanza el teatro terapéutico en el tratamiento de Trastornos Mentales Graves?**

Yo creo que el grupo te potencia lo mejor que tenés. En una actividad pautada, te potencia la capacidad de producir, de crear.

**4. ¿Ha tenido oportunidad de utilizar los recursos que ofrece el teatro terapéutico para realizar algún tipo de investigación formal o informal? ¿Qué investigó y que resultados obtuvo?**

Sí tuve oportunidad de trabajar con una profesora de teatro, Adriana Gomes, que ella es profesora de la facultad y armó un grupo de investigación con una socióloga, con una escenógrafa, yo de teatro, y empezamos a trabajar en un tema que se llama “prácticas contemporáneas vinculadas al teatro”. Investigué como el espectador, con el clown se convierte en un espectador participante, por ejemplo. Y ahora me presenté en unas becas del INT, para hacer un trabajo en relación al teatro en salud y salud mental.

Ahora estoy con un trabajo de investigación que es espacio de producción artística dentro del hospital interdisciplinario, con arte visual, teatro y lenguas.

**En cuanto al abordaje de grupos y pacientes...**

**5. ¿Qué recursos teatrales o para-teatrales utiliza? ¿Con qué objeto?**

Utilizo mucho el tema del juego, trabajo con relatos que escriben los pacientes, allí ellos largan todo lo que tienen dentro y pueden hablar de lo que les pasa y canalizar eso. Trabajo con títeres, uso todos los recursos que voy necesitando. Cualquier cosa que yo pueda pensarla dentro de la realidad de los pacientes. El tema es estar muy atento porque muchas veces los recursos vienen de los mismos pacientes.

**6. ¿Qué ventajas y obstáculos supone el teatro terapéutico a la hora de abordar un individuo o grupo?**

Creo que son los mismos obstáculos que se plantean con cualquier tipo de grupo, y como cualquier grupo tienen particularidades. Lo que se plantea es conocer acerca de que puede o no puede hacer un sujeto, y revisar siempre lo que se está haciendo.

Las ventajas tienen que ver con que es un espacio de salud dentro del orden mental del servicio. Todo lo que te puede potenciar estar en una actividad en grupo, en una actividad lúdica

**7. ¿Percibe cambios significativos en los pacientes que realizan esta actividad? ¿Estos cambios se dan a nivel actitudinal, conceptual o en lo procedimental? ¿Podría describir esos cambios?**

Sí hay cambios, niños con miradas tristísimas, o que no hablaban y arrancan a hablar. Chicos con miedo al tratamiento y lo van superando. Cambios en todo sentido pero fundamentalmente cambios de ellos en relación a otros niños. El pequeño espacio que les podemos ofrecer les permite conectar con otra cosa que no es la realidad difícil que están viviendo por su enfermedad, les cambia la mirada, les cambia la energía.

**8. Los cambios son temporales o permanentes**

No creo que hay cambios permanentes y otros más temporales. Pasa que después de algunos años del alta vienen niños a buscarte felices porque uno les regala los mejores momentos que ellos pueden tener en ese terrible trance que es el de su enfermedad.

Creo que el gran poder que tiene el arte es que te permite hacer. Cuando el sistema de salud te pone en ese lugar de paciente, agente pasivo. El no poder producir, en general nos pone mal, en el mundo que vivimos si no podés producir no sos, y cuando vos ayudas a que el paciente pueda producir, pueda hacer, esa es la gran potencia transformadora del arte.

**9. ¿A qué le atribuye estos cambios en los sujetos?**

Se lo atribuyo a la posibilidad de hacer, dentro del espacio determinado. Porque cuando uno tiene unas estructuras establecidas, y se revisa que uno también puede hacer otra cosa, que se puede cambiar cierto recorte de esa realidad y cambiarla, eso es importante.

Yo me paro muy en concreto desde lo puro que estudié de teatro con el Flaco Suarez y en la facultad, confiando de verdad que eso ya genera. Es muy interesante para mí pensarlo desde un lugar, que es como que se le da al paciente la posibilidad de no tener

todo mezclado, en el sentido de que no es que salud mental es quien propone... porque hay mucha gente que tiene esa mirada peyorativa de decir, “bueno me hago un taller de teatro y uso esto”, y en realidad no, porque vos tenés como un campo de trabajo, yo tengo otro campo. Está bueno que tenga un espacio del teatro, y otro de terapia con su psicólogo, y son distintos, y cada uno en su campo.

**10. ¿Cómo planifica el contenido de los talleres? ¿Qué parámetros toma en cuenta?**

Planifico con un gran espacio de libertad. Por ejemplo en el hospital planteo actividades macro, pero no tengo ningún problema si tengo que dejar algo y cambiar.

En el infante tienen un espacio de juego libre y luego proponemos una actividad, pero que generalmente surge de los chicos. No creo que fuera posible regirse por una planificación demasiado estructurada.

Los parámetros que tomo son el tiempo de trabajo, las particularidades del grupo, las habilidades. Y después es muy importante ver el deseo del niño con el que estás trabajando. Busco actividades que no tengan una gran continuidad, porque a veces no se puede seguir trabajando, entonces está bueno que tenga un cierre en sí mismo, aunque también pueda continuar.

### **ANEXO 3**

#### **Modelo de Consentimiento Informado**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES**

### Investigación Tesina de Grado

El objetivo de esta investigación es comparar la metodología de la dramaterapia con la de los talleres de teatro en contexto de salud mental de nuestra provincia, describiendo las vivencias de los pacientes y profesionales que forman parte de ellos.

Esta información resultará de utilidad para conocer la experiencia de los propios participantes del teatro terapéutico como complemento de la psicoterapia y farmacoterapia.

En consecuencia la investigación puede beneficiar a futuros profesionales de la salud mental que vean como alternativa terapéutica el uso de las herramientas que ofrece el teatro terapéutico

Para esta investigación se recaban datos a partir de la observación de los talleres de teatro y de entrevistas confidenciales a algunos pacientes que participan en ellos.

Dichas entrevistas se realizarán en el mismo lugar de reunión para los talleres, en el espacio físico asignado para tal fin

La identidad del entrevistado y los datos relativos a su diagnóstico psiquiátrico serán confidenciales, tanto en los informes de investigación como en caso de que los resultados sean publicados.

El material a analizar será exclusivamente el recabado en las entrevistas a participantes de los talleres que hayan firmado el consentimiento informado y el observado en los talleres antes mencionados, a las mismas personas entrevistadas.

De no querer participar en la entrevista o en la observación de los talleres, no se lo incluirá en la muestra.

La participación de los entrevistados/observados en esta investigación es voluntaria, así como la decisión de dar por terminada la entrevista en cualquier momento; tienen, además, el derecho de formular todas las preguntas que consideren necesarias para aclarar sus dudas.

Consiento participar de una entrevista, que será grabada. Autorizo la utilización de la información aquí relevada y la que se recabará en el taller de teatro en el que participaré, a los fines de la investigación planteada.

Estas pautas me han sido propuestas y explicadas por:

MATÍAS BUSTOS

Autorizo la utilización con fines docentes y la publicación con fines científicos de los datos y de los resultados obtenidos durante la investigación, siempre que se preserve la confidencialidad de los datos de todas las personas involucradas.

Fecha:...../...../.....

Firma:.....

Aclaración:.....



## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESIONALES**

Estimados, les envío a continuación el consentimiento informado que me exigen para poder poner vuestro nombre en las entrevistas que les realizara para mi trabajo de tesis. Esta semana ya estaría presentándola y de no contar con el consentimiento, tendré que ponerlas anónimas y sería una pena ya que han hecho un importantísimo aporte a mi trabajo. Con que me completen los datos por este medio alcanza. Muchas gracias. La fecha puede ser de cuando lo firmen y me lo re envíen. Gracias de nuevo.

Matías Bustos

### Investigación Tesina de Grado

El objetivo de esta investigación es comparar la metodología de la dramaterapia con la de los talleres de teatro en contexto de salud mental de nuestra provincia, describiendo las vivencias de los pacientes y profesionales que forman parte de ellos.

Esta información resultará de utilidad para conocer la experiencia de los propios participantes del teatro terapéutico como complemento de la psicoterapia y farmacoterapia.

En consecuencia la investigación puede beneficiar a futuros profesionales de la salud mental que vean como alternativa terapéutica el uso de las herramientas que ofrece el teatro terapéutico

Para esta investigación se recaban datos a partir de la observación de los talleres de teatro, de entrevistas confidenciales a algunos pacientes que participan en ellos y de entrevistas a profesionales de la dramaterapia y de teatro, estos últimos trabajando en contexto de salud mental.

Las entrevistas con los profesionales se pautarán con los mismos, en el caso de no poder concretar una reunión personal, donde las entrevistas serán grabadas, la misma se hará por medio de correo electrónico.

La identidad de los profesionales entrevistados será expuesta en el trabajo, exclusivamente vinculada con sus dichos durante la entrevista, y a fin de darle validez y seriedad a los datos presentados.

La participación de los entrevistados en esta investigación es voluntaria, así como la decisión de dar por terminada la entrevista en cualquier momento; tienen, además, el derecho de formular todas las preguntas que consideren necesarias para aclarar sus dudas.

-----  
 Consiento participar de una entrevista, que será grabada. Autorizo la utilización de la información aquí relevada como así también mi identidad a los fines exclusivos de la investigación planteada.

Estas pautas me han sido propuestas y explicadas por:

**MATÍAS BUSTOS**

Autorizo la utilización con fines docentes y la publicación con fines científicos de los datos y de los resultados obtenidos durante la investigación, siempre que se preserve la confidencialidad de los datos de todas las personas involucradas.

Fecha:...../...../.....

Nombre Completo:.....

DNI:.....

## ANEXO 4

### Entrevistas a pacientes

**Pacientes pertenecientes a los talleres de arteterapia con pacientes internados del Hospital Dr. Carlos Pereyra y a los talleres de Hospital de Día con pacientes ambulatorios del mismo hospital.**

*Pacientes que hacen la actividad por primera vez.*

Nombre o seudónimo: 01-A

Sexo: MASCULINO

Edad: 30

Estado civil: SOLTERO

Educación: SECUNDARIO INCOMPLETO

Diagnóstico: PSICOSIS EN ESTUDIO

Descripción general: paciente orientado, bien aseado y prolijo. Tranquilo y bien dispuesto. Discurso coherente aunque escaso de vocabulario.

1. ¿Has tenido alguna experiencia vinculada con el teatro o con alguna expresión artística? Si es afirmativo, descríbala.

No. Bueno sí, el taller de música, el otro día acá.

2. ¿El taller se parece a esa o alguna otra experiencia similar que hayas tenido en el pasado? En qué se parece y en qué se diferencia

Al taller de música. El taller de teatro se le parece en que todos tenemos que ponernos de acuerdo y necesita una preparación.

La diferencia es que un taller es música y el otro es una obra, como una película. También la profesora es distinta.

3. ¿En qué pensás que te puede servir una actividad como esta?

En conseguir un trabajo mejor, actuando, bailando o en algún cortometraje.

4. ¿Es mejor, en algún aspecto, este tipo de terapia con otras terapias que hayas hecho? ¿en qué?

Sí. Porque hay explicaciones, la profesora es más explicativa, más cordial con los alumnos. Esta terapia es una ayuda emocional.

5. ¿La actividad en el taller resultó como lo imaginabas? Si no fue así, qué diferencias hubo.

No. Imaginaba que iba a ser más opaco y al final fue lindo lo que hicimos.

6. ¿Crees que tenés la capacidad para poder hacer las cosas que te propone el taller?

Sí, porque me salió linda la actuación y me gustó el taller.

7. ¿En qué aspecto sentís que tuviste las dificultades: por tu forma de ser, no entendías lo que había que hacer, por la forma de dar el taller de la profesora, por miedo, vergüenza o timidez, por otra razón? En general, ¿Te sentiste a gusto realizando el taller?

Sí, tuve vergüenza al principio, después lo superé. Al principio no entendía a la profesora pero lo hablé con mi compañera y lo pudimos hacer

8. ¿Qué aportes crees que el taller le hizo a tu vida en el día a día? ¿Aprendiste algo, te dejó alguna vivencia, te despertó alguna emoción? Describir.

Sí. Aprender algo nuevo. Serviría para encontrar un empleo y aprender algo más de la vida. Poder dar una explicación al irme para entablar una charla en la vida cotidiana.

9. ¿Seguirías haciendo esta actividad? ¿Por qué?

Sí. Yo creo que sí. Porque me gusta la actuación.

Nombre o seudónimo: 02-A

Sexo: FENEMINO

Edad: 27

Estado civil: SOLTERA

Educación: Terciario Incompleto – Docente

Diagnóstico: Esquizofrenia Paranoide en Estudio

Descripción general: la paciente se la ve limpia y bien alineada. Bien dispuesta a participar de la entrevista en un principio, luego, comenzó a tener dudas de si sería escuchado lo que ella diría. Al explicarle claramente de que se trataba el trabajo, pudo relajarse y aceptó participar. Durante la entrevista desviaba las respuestas hacia su problemática personal y se mostraba emocionada. Con lo que el entrevistador debió permanentemente volverla a la estructura de la entrevista.

1. ¿Has tenido alguna experiencia vinculada con el teatro o con alguna expresión artística? Si es afirmativo, descríbala.

No, bueno sí, hace diez años cuando estuve internada acá tuve el taller de teatro, y en la secundaria también tenía.

2. ¿El taller se parece a esa o alguna otra experiencia similar que hayas tenido en el pasado? En qué se parece y en qué se diferencia.

Se parece al de hace 10 años. Se parece en que es ficticio, uno tiene que usar la creatividad, la imaginación.

La diferencia está en las técnicas de relajación que hicimos acá. De los talleres que hice antes no me acuerdo.

3. ¿En qué pensás que te puede servir una actividad como esta?

Sí, en enfrentar la realidad. Que yo tengo una verdad y mi mamá otra, eso me confunde y me angustia. El taller me ayuda en que tengo que ser fuerte, no me tengo que dejar caer.

4. ¿Es mejor, en algún aspecto, este tipo de terapia con otras terapias que hayas hecho? ¿en qué?

Es mejor que hablar con mi psicóloga. Porque me ayudan un montón estos talleres. Mi psicóloga me da la impresión de que no me quiere, acá siento que sí me quieren.

5. ¿La actividad en el taller resultó como lo imaginabas? Si no fue así, qué diferencias hubo.

No, yo me imaginaba que íbamos a hacer lo de la papa caliente, eso que hice una vez. Pero me sirvió porque fue mi situación lo que hice, ser una niña y que tu mamá te diga lo que tenés que hacer. No tener los ovarios para enfrentar la realidad.

6. ¿Crees que tenés la capacidad para poder hacer las cosas que te propone el taller?

Sí, por qué no.

7. ¿En qué aspecto sentís que tuviste las dificultades: por tu forma de ser, no entendías lo que había que hacer, por la forma de dar el taller de la profesora, por miedo, vergüenza o timidez, por otra razón? En general, ¿Te sentiste a gusto realizando el taller?

Me costó entender al otro grupo, lo que quisieron hacer.

8. ¿Qué aportes crees que el taller le hizo a tu vida en el día a día? ¿Aprendiste algo, te dejó alguna vivencia, te despertó alguna emoción? Describir.

Sí, me dejó. Que de a poco tengo que ser más fuerte y aprender a decir que no, y ser más egoísta, y pensar más en mí y no en los demás.

9. ¿Seguirías haciendo esta actividad? ¿Por qué?

Sí, porque me sentí bien.

Nombre o seudónimo: 03-A

Sexo: FEMENINO

Edad: 38

Estado civil: CONCUBINATO

Educación: UNIVERSITARIO INCOMPLETO – LIC. EN INSTRUMENTO (FLAUTA)

Diagnóstico: DEPRESIÓN PSICÓTICA – POLIADICCIÓN.

Descripción general: la paciente llega con buena predisposición, desde el momento en que se hace la propuesta de trabajo ella se muestra bien dispuesta. Si bien no se muestra muy alegre, está muy activa y animada. Buena imagen general, aseada y alineada. Responde sin dificultad la entrevista.

1. ¿Has tenido alguna experiencia vinculada con el teatro o con alguna expresión artística? Si es afirmativo, descríbala.

Sí, estuve un año en la facu de teatro. En la licenciatura.

2. ¿El taller se parece a esa o alguna otra experiencia similar que hayas tenido en el pasado? En qué se parece y en qué se diferencia

Sí, a los talleres que tuve el año pasado cuando estuve internada, a los talleres de música.

Se parece en que haces una ejercitación física y mental y después haces una conclusión de lo que te pasó. Entonces te hace reflexionar de por qué estás acá.

La diferencia está en que el otro taller era más musical. Sólo en la asignatura. La metódica y la dinámica es la misma.

3. ¿En qué pensás que te puede servir una actividad como esta?

Para sacarnos cosas que uno no quiere ver. Hay cosas que en la internación, en la espera, no buscas y estas actividades sin querer te hacen caer la ficha.

4. ¿Es mejor, en algún aspecto, este tipo de terapia con otras terapias que hayas hecho? ¿en qué?

Sí, porque al mezclar lo lúdico con la reflexión y lo corporal moviliza mente y alma y permite sacar cosas que no las podrías sacar de otra manera.

5. ¿La actividad en el taller resultó como lo imaginabas? Si no fue así, qué diferencias hubo.

Sí, sabía que me iba a sentir bien y que iba a poder sacar algo positivo. Que iba a poder ver en mí algo que me niego a ver.

6. ¿Crees que tenés la capacidad para poder hacer las cosas que te propone el taller?

Sí. Creo que tengo la disposición y las ganas.

7. ¿En qué aspecto sentís que tuviste las dificultades: por tu forma de ser, no entendías lo que había que hacer, por la forma de dar el taller de la profesora,

por miedo, vergüenza o timidez, por otra razón? En general, ¿Te sentiste a gusto realizando el taller?

No, ninguna dificultad. Me sentí cómoda. Por ahí en la terapia psicológica o psiquiátrica no me siento cómoda.

8. ¿Qué aportes crees que el taller le hizo a tu vida en el día a día? ¿Aprendiste algo, te dejó alguna vivencia, te despertó alguna emoción? Describir.

De tratar de ser más lúdica en la vida, de jugar más. Las cosas fuertes, difíciles, poder jugarlas.

9. ¿Seguirías haciendo esta actividad? ¿Por qué?

Sí, porque me hace sentir que me sana interiormente.

### **Pacientes que llevan más de 6 meses haciendo el taller**

Nombre o seudónimo: 01-B

Sexo: MASCULINO

Edad: 30

Estado civil: SOLTERO

Educación: UNIVERSITARIO INCOMPLETO

Diagnóstico: TRASTORNO ESQUIZO-AFECTIVO

Descripción general del paciente: paciente con buena imagen general. Se muestra muy bien dispuesto a la entrevista, aunque un poco ansioso

Preguntas previas derivadas de los acontecimientos observados en el taller.

¿Qué fue lo que pasó en el taller?

No me cayó bien desde un principio. No me cayó bien ella.

¿Qué emociones expresarían mejor lo que sentiste?

Frío... ansiedad, ganas de escapar y estar tranquilo... bronca, e impotencia, ganas de cagarla a trompadas.

¿qué fue lo que te despertó estas emociones?



Su forma de expresarse y de actuar. El tema que puse en la representación se lo dediqué a ella, se llama “Reggae para Mirta” se refiere a Mirta Legrand y es del Pity Albares.

¿Qué pensamientos pasaban por tu cabeza?

Vieja prepotente, odiosa, que se fija en las apariencias, y no sé lo que se cree. Una pobre infeliz ignorante, materialista.

Si te sentías y pensabas de ese modo ¿Qué te hizo quedar?

Natacha (psicóloga que hacía un acompañamiento en el taller), que me dijo que esté a su lado y el hecho de querer expresarle en forma de bronca el tema que quería hacerle escuchar.

1. ¿Has tenido alguna experiencia vinculada con el teatro o con alguna expresión artística? Si es afirmativo, descríbala.

Sí, fue una experiencia agradable, muy entretenida, copada. Me gustaba mucho el resumen que nos hacía el profesor al final, una lectura que nos hacía. Era una buena forma de expresar y sacar la mierda que uno tiene adentro.

2. ¿El taller se parece a esa o alguna otra experiencia similar que hayas tenido en el pasado? En qué se parece y en qué se diferencia

No tienen nada en común. Diferencias? Interés general. Interés en uno. No provoca interés en mí, la actitud de la profesora. La profesora me inhibió a que me guste la actividad.

3. ¿En qué pensás que te puede servir una actividad como esta?

Esta que hicimos me puede servir un poco. A aprender a calmar la ansiedad ante situaciones como la que pasé.

4. ¿Es mejor, en algún aspecto, este tipo de terapia con otras terapias que hayas hecho? ¿en qué?

Las terapias de teatro totalmente. En la conducta del individuo. Su forma de pensar ver la vida de otra manera.

5. ¿La actividad en el taller resultó como lo imaginabas? Si no fue así, qué diferencias hubo.

No, lo imaginaba con más interacción con las personas y llegando a un objetivo más específico porque vi mucha redundancia.

A qué te referís con un objetivo más específico?

Ayudarme en mi problema, mi enfermedad.

6. ¿Crees que tenés la capacidad para poder hacer las cosas que te propone el taller?

Sí, por qué no?

7. ¿En qué aspecto sentís que tuviste las dificultades: por tu forma de ser, no entendías lo que había que hacer, por la forma de dar el taller de la profesora, por miedo, vergüenza o timidez, por otra razón? En general, ¿Te sentiste a gusto realizando el taller?

Tuve dificultades por mi forma de ser y por la forma de dar el taller de la profesora. No me sentí a gusto.

8. ¿Qué aportes crees que el taller le hizo a tu vida en el día a día? ¿Aprendiste algo, te dejó alguna vivencia, te despertó alguna emoción? Describir.

Aprendizaje de los problemas... y también a manejar las situaciones como esta que me produjo.

Por qué saliste del salón durante la actividad?

Para no escuchar cosas que no me interesaban.

9. ¿Seguirías haciendo esta actividad? ¿Por qué?

No le daría otra oportunidad. No quiero perder, ni tiempo, ni gasto en cosas que no me interesan. Y para no entrar de nuevo en conflicto, no quiero tomarlo de vuelta.

Nombre o seudónimo: 02-B

Sexo: MASCULINO

Edad: 24 AÑOS

Estado civil: SOLTERO

Educación: PRIMARIA COMPLETA-DESOCUPADO

Diagnóstico: ESQUIZOFRENIA

Descripción general: bien aseado y prolijo. Tiene una actitud positiva hacia la entrevista y mantiene una conducta tranquila y complaciente durante el proceso.

1. ¿Cuánto tiempo lleva participando de los talleres de teatro?

Ocho meses aproximadamente

2. ¿Por qué participa de los talleres de teatro?

Me hicieron el diagnóstico en la clínica Di Ferro y me derivaron para tener un buen progreso en la sociedad. Para mejorarme, es lo que yo creo. Para ir guiándome en mi enfermedad.

3. ¿Qué ha cambiado en su persona desde que comenzó con los talleres?

No ha cambiado tantas cosas. Si no que tengo una ayuda. Ser más sociable, más compañero. Por si tengo un trabajo. Pienso más las cosas y aprendí a cuidar mi enfermedad. Pero muchos cambios no le he visto.

4. Desde el punto de vista de las emociones ¿siente que el taller le facilita liberar sus sentimientos y emociones abiertamente o por el contrario le inhibe esa expresión? ¿Podría dar un ejemplo de alguna actividad que diera lugar a esto? ¿Pudo aprender algo de eso?

Sí, mucho, muchos cambios, mucha risa, más alegre, más activo.

Todos los días cuando actuamos sobre algún tema en especial.

Lo que aprendí es a tener más equilibrio en el compañerismo, saber hablar con los demás. Ser más suelto.

5. ¿Cree que los talleres de teatro le permiten compartir problemas personales? Recuerde alguna oportunidad en la que pudiera hacerlo. Cual fue la tarea que el tallerista indicó en esa oportunidad y como se trabajó al respecto. ¿Qué aprendió de eso?

Sí, lo demuestro cuando lo actúo. No lo hablo sino que lo actuamos.

¿Te gustaría poder hablar abiertamente de tus problemas particulares?

No me llamaría la atención, no sabría de qué hablar.

De los talleres se puede aprender pero yo no he aprendido nada, no le he prestado mucha atención.

6. ¿El taller le ha permitido conocer y/o conectarse con problemas y temores de otros compañeros? ¿Cómo cree que esto puede haberlo ayudado a Ud.?

Me parece que sí, en las charlas. Me sirve para ser más respetuoso con los demás.

7. ¿Se relaciona de manera diferente con sus compañeros desde que hace este taller? ¿Cómo ha podido ayudar o apoyar a otros miembros dentro de los talleres? Describa alguna de estas situaciones y en qué lo ha beneficiado a usted.

Sí. Como si los conociera más. Como sí los conociera de antes. Yo siento que, cuando hablamos o actuamos en el teatro, se da una ayuda para ellos.

8. Por el contrario ¿Cómo sus compañeros o profesor lo han ayudado o apoyado en momentos donde lo ha necesitado? ¿Qué situación al respecto recuerda?

No me ha pasado algo así.

9. ¿Ha podido entender su forma de hacer ciertas cosas de una manera distinta? ¿Esto le ha permitido modificar algunas conductas? ¿Qué conductas y de qué manera recuerda?

Si, podría hacer las cosas de otra manera. Algunas por ejemplo, ahora aviso a mi abuela cuando voy a salir de mi casa o en vez de que darme callado le respondo, hablo más con ella. Con ella es con quien vivo.

10. ¿Ha cambiado la imagen de sí mismo y de sus compañeros desde que participa de estos talleres? ¿Cómo?

Yo no, pero algunas personas me dicen que me ven mejor, más lindo, más activo.

¿Por qué vos no podés ver lo que los otros ven de vos?

Yo sigo con las drogas, no me cuido con la enfermedad.

11. ¿Qué lugar ocupa el taller en su vida cotidiana y personal?

Yo lo veo como una ayuda. Es importante, siempre trato de estar tranquilo, no venir “fumado”. Me levanto temprano y no me cuesta. Para otras cosas sí me cuesta levantarme.

12. ¿De qué manera cambiarías el taller?

No sé. Lo veo bueno. No cambiaría nada.

13. ¿Qué elegirías para que nunca cambie en el taller?

La manera de ser de la profesora.

14. ¿Qué consejo le darías a alguien que está por sumarse al taller? ¿Por qué?

Que no se preocupe, que esté tranquilo, que somos buenos compañeros y estamos todos en la misma. Que no tenga vergüenza de demostrar lo que quiera demostrar porque es para el bien de él.

Nombre o seudónimo: 03-B

Sexo: FEMENINO

Edad: 27

Estado civil: CONCUBINATO

Educación: PRIMARIO COMPLETO – 9° AÑO

Diagnóstico: ESQUIZOFRENIA

Descripción general: La paciente viste de negro, un poco desalineada y mal peinada. Tiene muñequeras con puntas y otros accesorios propios de la vestimenta punk.

15. ¿Cuánto tiempo lleva participando de los talleres de teatro?

Nueve meses. Desde setiembre del año pasado.

16. ¿Por qué participa de los talleres de teatro?

Porque siempre me gustó el teatro. Me interesa un montón y me gustaría hacer fuera de mi casa... me gusta venir acá. En el sur, en Santa Cruz hice teatro y también hice una obra que se llamaba “La mueca del ángel”.

17. ¿Qué ha cambiado en su persona desde que comenzó con los talleres?

Sigo siendo la misma de siempre, pero lo que ha cambiado en mi es que no tenía amigos ya ahora sí tengo. Estaba sola y deprimida, me ha constado mucho adaptarme a Mendoza. El taller me ha ayudado a estar en sociedad.

18. Desde el punto de vista de las emociones ¿siente que el taller le facilita liberar sus sentimientos y emociones abiertamente o por el contrario le inhibe esa expresión? ¿Podría dar un ejemplo de alguna actividad que diera lugar a esto? ¿Pudo aprender algo de eso?

Me permite totalmente. La verdad es que tengo muchas cosas por sacar y el taller me viene bien con eso. Son muchas vivencias más, y trato de poner las vivencias más en escena. Después me voy muy bien del taller, a mi casa. No me quisiera ir nunca de acá.

Una actividad que me permitió esto fue cuando trabajamos con adicciones, fue cuando más liberé mis emociones.

De eso aprendí que era adicta y poder tratar mi problema. Antes, que no hacía los talleres, no lo podía decir, lo ocultaba. Ahora lo pude decir a mi doctora y trabajar en eso.

19. ¿Cree que los talleres de teatro le permiten compartir problemas personales? Recuerde alguna oportunidad en la que pudiera hacerlo. Cual fue la tarea que el tallerista indicó en esa oportunidad y como se trabajó al respecto. ¿Qué aprendió de eso?

Problemas no, pero sí vivencias.

20. ¿De qué manera el taller le ha permitido conocer y/o conectarse con problemas y temores de otros compañeros? ¿Cómo cree que esto puede haberlo ayudado a Ud.?

Sí, puede ser. Más me pongo a reflexionar mi caso. Como que me doy cuenta de algunas cosas pero no... Yo soy una persona que observa mucho a las otras personas y por ahí me doy cuenta que yo por ahí hago cosas o digo cosas que pueden hacer sentir mal, que puedo dañar a algún compañero pero no lo hago conscientemente. Cuando yo llego a mi casa es como que lo pienso y digo "Uh, capaz que hice sentir mal a un compañero". Por las cosas que yo digo, porque yo tengo un pensamiento medio no tan estructurado.

Pero conectarme con los problemas de los demás no, nunca me he puesto a pensar en eso.

21. ¿Se relaciona de manera diferente con sus compañeros desde que hace este taller? ¿Cómo ha podido ayudar o apoyar a otros miembros dentro de los talleres? Describa alguna de estas situaciones y en qué lo ha beneficiado a usted.

A mí me recibieron bien y siempre tuve una buena conexión con mis compañeros. Creo que acá las personas son muy buenas, los compañeros sobre todo. Lo que sí siento como que ha surgido mi relación con mis compañeros, siento que con algunos ya puedo decir que son mis amigos.

No recuerdo haber podido ayudar o apoyar a mis compañeros

Por ahí en alguna escena, a dar alguna idea.

A una compañera, justo ayer la estaba escuchando por teléfono y estaba como en crisis y yo la estaba escuchando y le estaba dando un consejo justo y se cortó la comunicación. También ella me ha ayudado porque me ha visto en crisis también. Yo la quiero mucho y la apoyo y si le tengo que dar un consejo se lo doy.

22. Por el contrario ¿Cómo sus compañeros o profesor lo han ayudado o apoyado en momentos donde lo ha necesitado? ¿Qué situación al respecto recuerda?

Sí, totalmente. No una situación puntual pero siento que los compañeros que he encontrado acá me hacen el aguante. El día que me vaya nunca me voy a olvidar de esta rehabilitación.

23. ¿Ha podido entender su forma de hacer ciertas cosas de una manera distinta? ¿Esto le ha permitido modificar algunas conductas? ¿Qué conductas y de qué manera recuerda?

Nunca me he planteado cambiar la forma de hacer las cosas. Reconozco que hago las cosas mal, que soy arrebatada, pero pienso que ya no las puedo cambiar.

24. ¿Ha cambiado la imagen de sí mismo y de sus compañeros desde que participa de estos talleres? ¿Cómo?

Sí, ahora veo como una “guerrera revolucionaria”. Antes me veía muy como fracasada.

25. ¿Qué lugar ocupa el taller en su vida cotidiana y personal?

Ocupa uno de los lugares más importantes en mi vida. El día que tenga que salir de acá me voy a poner muy triste. En mi casa siempre hablo con mi marido del taller y le cuento lo que hacemos. Y hasta él se da cuenta que ocupa un lugar muy importante en mi vida.

26. ¿De qué manera cambiarías el taller?

No cambiaría nada porque creo que está perfecto que la profesora lo tiene muy bien organizado.

27. ¿Qué elegirías para que nunca cambie en el taller?

Los temas que se tratan. Están buenísimos.

28. ¿Qué consejo le darías a alguien que está por sumarse al taller? ¿Por qué?

Que haga el taller con pasión y que se pueden aprender cosas muy buenas. Que no se olviden de las cosas maravillosas que se hacen en el taller porque no es para olvidarlo. El taller deja un reflejo de vos y que cuando te vayas, va a quedar ese reflejo vivo en vos.

Nombre o seudónimo: 04-B

Sexo: FEMENINO

Edad: 35

Estado civil: SOLTERA

Educación: SECUNDARIO COMPLETO

Diagnóstico: TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Descripción general:

La paciente es muy activa y con actitud alegre. Se la ve interactuando con sus compañeros y organizando la actividad. Es muy respetuosa y extrovertida. Solicita ella participar de la entrevista en el taller de la semana anterior.

29. ¿Cuánto tiempo lleva participando de los talleres de teatro?

Creo que serán como ocho o nueve meses.



30. ¿Por qué participa de los talleres de teatro?

Primero, porque me hace bien salir algunas horas de mi casa.

Segundo, porque yo me he dado cuenta que me está haciendo bien, me ha ayudado mucho a muchas cosas de mi enfermedad, y me hace bien estar en contacto con gente, con chicos de mi edad, con chicas.

Cuando falto o algo me pongo mal porque “no fui”. Por ahí tengo miedo de que me den el alta porque no sé qué haría sin hospital de día.

31. ¿Qué ha cambiado en su persona desde que comenzó con los talleres?

Aprender a manejar los impulsos, porque parte de mi enfermedad era autoflajelarme en el brazo y ahora, le decía a la doctora, que hace un mes que ya no me corto, que ya lo puedo controlar, cuando se me vienen los pensamientos de querer cortarme me controlo. Controlo eso, controlo más mi actitud. No he tenido internaciones. Y eso me he dado cuenta que me ha influido muchísimo el hospital de día, me ha ayudado. Para mí, que pase un mes sin lastimarme, ya es un logro muy grande. Dice mi doctora que ha habido avances de forma positiva.

32. Desde el punto de vista de las emociones ¿siente que el taller le facilita liberar sus sentimientos y emociones abiertamente o por el contrario le inhibe esa expresión? ¿Podría dar un ejemplo de alguna actividad que diera lugar a esto? ¿Pudo aprender algo de eso?

Sí, me ayuda a sacarlos de adentro.

Por ejemplo ahora, porque yo viví mucha violencia cuando era chica, de parte de mi padre, y después con una ex pareja, entonces como que pude sacar la bronca que le tenía de ese momento al otro chico. Era como uno puede sacarlo afuera, expresarlo, gritarlo, pegarlo, como a mí me hubiera gustado que hubiera sido, no terminar mal así como terminé yo.

De esto aprendí que la violencia no ayuda a resolver nada. Putearse y golpearse no soluciona el problema, que la gente tendría que tener más diálogo y más entendimiento, la pareja, la familia. Ya que vivimos en un mundo lleno de violencia, evitar llegar a eso. Y a mí me ha ayudado a comprender algunas cosas, evitar impulsos. Porque yo soy una

persona muy impulsiva y ver que la violencia nos puede llevar a puntos en los que no se puede volver atrás.

33. ¿Cree que los talleres de teatro le permiten compartir problemas personales? Recuerde alguna oportunidad en la que pudiera hacerlo. Cual fue la tarea que el tallerista indicó en esa oportunidad y como se trabajó al respecto. ¿Qué aprendió de eso?

Sí, porque cuando yo les dije a los chicos que es lo que íbamos a hacer, que quería trabajar violencia de género porque a mí me había pasado. Entonces después compartir con ellos sí, teatro me ha ayudado mucho en compartir, en confiar.

Sentí que mis compañeros me daban apoyo, que no me metiera tanto en lo que me había pasado y la respuesta de la profe es brindar el espacio para que nosotros podamos sacar lo que tenemos adentro que por ahí nos está comiendo y no nos animamos a sacarlo.

34. ¿El taller le ha permitido conocer y/o conectarse con problemas y temores de otros compañeros? ¿Cómo cree que esto puede haberlo ayudado a Ud.?

Sí, por ejemplo con una chica que una vuelta no sé qué estábamos dramatizando que bueno, ella sufrió la misma violencia, entonces yo la veía a ella que estaba mal, entonces yo le dije que se quedara tranquila, porque conociendo lo que ella me había contado, no quería que se pusiera tan mal, porque era como que se había metido demasiado, como que quise bajarla un poco para que no sufra tanto. Que lo dramatice pero que no se pase para que ella no se ponga mal.

Me parece que en teatro es cuando más nos ayudamos todos.

Esto me ayudó a mí a comprenderla

35. ¿Se relaciona de manera diferente con sus compañeros desde que hace este taller? ¿Cómo ha podido ayudar o apoyar a otros miembros dentro de los talleres? Describa alguna de estas situaciones y en qué lo ha beneficiado a usted.

Sí, ahora somos más unidos, somos bien compañeros. Yo había tenido un problema con una compañera y ahora se me acercó a pedirme perdón y ahora estoy mejor, porque no me pinta estar mal con nadie de acá.

36. Por el contrario ¿Cómo sus compañeros o profesor lo han ayudado o apoyado en momentos donde lo ha necesitado? ¿Qué situación al respecto recuerda?

Sí, cuando una vez que el otro era un psicólogo y yo paciente y me puse a hablar que estaba depresiva. Hice una transferencia y me puse a llorar y la profe estuvo conmigo viendo que yo estuviera bien, también mis compañeros, pero lo que más voy a marcar es la profe.

37. ¿Ha podido entender su forma de hacer ciertas cosas de una manera distinta? ¿Esto le ha permitido modificar algunas conductas? ¿Qué conductas y de qué manera recuerda?

No me he puesto a pensar en eso. Tal vez sí pero no me he puesto a pensar en eso.

38. ¿Ha cambiado la imagen de sí mismo y de sus compañeros desde que participa de estos talleres? ¿Cómo?

Sí, de venir arreglada, ponerme perfume, vestirme bien. Antes era más descuidada, no me importaba si estaba pintada o no, antes mucho no me importaba, ahora es diferente.

39. ¿Qué lugar ocupa el taller en su vida cotidiana y personal?

Un lugar muy importante porque para mí decir “es jueves” está muy metido en mí porque me encanta, me ayuda mucho en muchos aspectos y ya pienso como voy a hacer las cosas. Compartir. Yo siempre digo, me llegan a cambiar la profesora y yo me muero.

40. ¿De qué manera cambiarías el taller?

Nada, todo está bien. Por ahora nada.

41. ¿Qué elegirías para que nunca cambie en el taller?

La unión que tenemos entre los compañeros. El compañerismo que se arma en ese momento.

42. ¿Qué consejo le darías a alguien que está por sumarse al taller? ¿Por qué?

Que lo tome como algo en serio, que lo va a ayudar a rehabilitarse.

Que acá están todos para ayudarnos para cada cosa que uno necesite.

Que lo aprovechen porque realmente los va a ayudar.

No es una mañana perdida, realmente funciona.



## **Anexo 5**

### Observación de talleres.

Los talleres que se describirán a continuación fueron realizados durante los días 30 de abril, y 7, 14 y 21 de mayo en el Hospital Escuela Dr. Carlos Pereyra.

Los primeros talleres pertenecen al dispositivo de Arteterapia-Teatro que se hace con los pacientes internados en el hospital. En la primera parte, la docente y su coordinador terapéutico se dividen para ir a buscar a los pacientes a los pabellones para llevarlos al lugar de trabajo.

Descripción del lugar:

Salón de aproximadamente cuatro metros por cinco metros, con ventilación natural y calefacción. Buena iluminación artificial. Paredes revestidas con azulejos blancos y una mesada que recorre un lateral con dos bachas. Da la impresión de haber sido destinado anteriormente a un laboratorio. Las paredes están decoradas con dibujos y pinturas que parecen ser de otros talleres artísticos que se practican en el lugar. Cuenta con un baño dentro del salón pero éste está inoperante, por lo que los pacientes que desean ir al baño deben ser acompañados al servicio de internación. Está equipado con sillas apilables y otras, tipo banco de sala de espera.

### **Día 7 de mayo**

Horario: 9.30 a 10.30 hs.

Cantidad de participantes: 3 pacientes

Al comenzar el taller, al menos tres pacientes decidieron retirarse del mismo, quedando sólo tres pacientes para trabajar. De estos tres, comenzado el caldeamiento otro paciente decidió retirarse, y fue contenido por la co-terapeuta, quien lo convenciera a quedarse y observar el trabajo. La tallerista, continuamente, a lo largo del taller le solicitaría su percepción acerca de lo que en las escenas iba sucediendo.

Luego del caldeamiento, se sugirió trabajar con el emergente que había surgido, es decir, “el irse”, “las personas se van”. Se les propuso que cada uno pensara en una escena donde se trabajara el tema y que uno se valiera del otro para poder realizar la escena.

Por último se les solicitó unir las dos escenas, momento en el que nuevamente tuvieron dificultad de comprender la consigna como lo habían tenido durante la explicación de las otras consignas.

Al momento de la reflexión sobre la diferencia y valor de retirarse avisando y dando explicaciones o sin hacerlo. A los pacientes les da mucho trabajo entender el valor terapéutico del taller.

### **Día 14 de mayo**

Horario: 9.35 a 10.40 hs.

Cantidad de participantes: 10 pacientes.

Taller mucho más concurrido que el de la semana anterior. Diez pacientes se quedaron participando, de los cuales dos se quedaron sentados observando.

El taller comenzó con un caldeoamiento, luego, con una caminata. Posteriormente se les indicó que llevaran a pasear a un compañero, tomándolo del brazo y cambiando los roles cada tanto.

En el tercer momento del ejercicio, el que es llevado debe poner cierta resistencia, y el compañero debe intentar de tirarlo o empujarlo como pueda para lograr que siga moviéndose. Siempre resalta, la profesora, que debe hacerse con respeto y cuidado del cuerpo de los compañeros, sin lastimarse.

Luego, en grupos de cuatro, se debe continuar el mismo ejercicio de resistencias. A continuación de ello, la profesora invita a los pacientes a relacionar el ejercicio con las imágenes mentales que les remitan.

Como consecuencia de este trabajo, se les propone realizar escenas relacionadas con el ejercicio. En una de las escenas se ve una niña jugando y luego, viene la madre y el padre queriendo sacarla de ese juego, ella se resiste, pero finalmente los adultos logran vencer esa resistencia.

Por último se les pidió que hicieran una escena todos juntos, en la que se repitió la escena de la niña y los padres, agregando más personajes en ambos roles, a saber, adultos y niños.

En la reflexión final, al hablar sobre la resistencia, una de las pacientes expresó que en sus terapias había aprendido que tenía que pensar en ella misma y “estar fuerte” para que no le pasen por encima. Algunos otros pacientes hicieron algunos aportes, guiados por la coordinadora terapéutica.

### **Día 21 de mayo**

Horario: 9.45 a 10.45

Cantidad de participantes: ocho pacientes.

Este fue un taller concurrido. Aproximadamente ocho pacientes, entre hombres y mujeres. En el grupo eran pocos los que hacían el taller por primera vez. Luego del caldeoamiento físico y del desplazamiento por el espacio, la profesora propuso desplazarse mirándose entre sí. En un momento, un paciente se detuvo y se quedó parado mirando. Ante la pregunta de la profesora, éste dijo que estaba esperando para poder pasar, cosa que se la interpretó como un emergente. A partir de allí se propuso continuar la caminata avanzando y esperando, e ir coordinando grupalmente, sin ponerse de acuerdo, el esperar y el continuar.

Posteriormente, en el momento de escenificar, se les propuso hacer escenas relacionadas con el esperar, divididos en grupos.

Una de las escenas que se realizaron fue la espera para realizar trámites de AFIP. La otra escena representó el servicio de internación donde los pacientes esperan ser atendidos, un médico se niega a atenderlos, el guardia de seguridad espera que se le haga la hora para irse, etc.

Luego se les pidió que realizaran una escena todos juntos bajo el concepto “la gran espera”, y repitieron la situación en los pabellones de internación, y los conflictos que se viven cotidianamente. La propuesta giraba en torno a la espera de las visitas, la espera para que los atienda el médico, para que les dé el alta; y los conflictos que de ahí se desatan.

Finalmente el debate de la escena giró en torno a esta espera, donde un paciente expresó “esperamos, miramos la hora y esperamos” y describió lo desesperante y angustioso que

se torna el esperar la atención médica y el alta. Cuando se les preguntó para que sugirieran que hacer mientras esperan, su propuesta fue la de hacer más talleres.

### Hospital de Día

Ahora describiremos los talleres de teatro del Hospital de Día. Estos talleres trabajan con pacientes ambulatorios, derivados a este dispositivo y previamente entrevistados para hacer el ingreso y asignarle las actividades. Al momento de comenzar el taller, los pacientes ya se encuentran en el lugar y han tenido una actividad previa definida como talleres psicoeducativos. Dichos talleres tratan diferentes temáticas específicas, afrontadas desde un punto de vista teórico. Los talleres teatrales tomarán estas temáticas tal y como se las transmiten los pacientes y a partir de allí llevará al grupo a dramatizarlas.

#### Descripción del lugar de trabajo:

Salón de usos múltiples del Hospital de Día. Posee seis y ocho metros de largo por cuatro o cinco de ancho. Bien iluminado y ventilado. Cuenta con baño y cocina funcionales y equipados. Además tiene mesones de trabajo y sillas de caño, un piano, una mult MÁQUINA de gimnasio y un mueble con equipo de música, televisor y dvd. Por último, el espacio cuenta con un amplio patio embaldosado contiguo al salón.

### **Día 30 de abril**

Horario: 11.30 a 12.30 hs.

Cantidad de participantes: 11 pacientes.

#### Descripción del taller observado:

El taller comenzó pasadas las 11.30 hs. luego de un intervalo en el que los pacientes desayunaron, posterior a un taller psicoeducativo que realizaran en las primeras horas de la mañana. La temática de este taller fueron las sustancias psicotrópicas y allí cada paciente elegía una sustancia para hacer una presentación.

El taller de teatro daría continuidad a este taller psicoeducativo.

Luego de una presentación del taller, de mí y mi rol en dicho espacio, y de cada uno de los participantes; se comenzó con las técnicas de caldeamiento. Allí, la tallerista hizo



una corrección en la forma que un paciente estaba haciendo el ejercicio. Éste venía por primera vez al taller. Posteriormente comenzaron con desplazamientos. Dicho paciente se veía un poco desorientado y distante. A poco de haber comenzado no quiso seguir con la actividad, y quiso retirarse. La tallerista intentó acercarse a hablar con él, luego se sentó junto a la psicóloga co-terapeuta y se quedó allí.

La actividad continuó invitando a los pacientes a comentar sobre el trabajo realizado en el psicoeducativo y, organizados en grupos se les propuso que eligieran alguno de los temas trabajados para hacer una representación. A la hora de las representaciones, el paciente antes mencionado interrumpe la primera, solicitando participar improvisadamente en ella. La coordinadora acuerda con él que lo incluirá en otra etapa del taller, luego de que haya visto todas las escenas.

La actividad continúa con la repetición de la última escena con cambio de roles. Antes de esto se habla sobre el conflicto de la escena y la estructura en general. En esta etapa se incluye al paciente en una escena en la que los participantes viajaban en un colectivo. Allí algunos pasajeros consumían drogas en el interior ante la mirada de otro pasajero, que se quejaba con el chofer, y el chofer que no lograba imponer autoridad. En la repetición, el paciente identificado se incluye como un pasajero más que, luego, también se suma al consumo y el descontrol de la escena, añadiendo el uso de su celular para poner un tema musical.

Luego el taller tuvo un cierre donde cada participante tuvo la oportunidad de compartir sus impresiones sobre la actividad realizada.

En estos talleres no hay coordinador terapéutico. Sin embargo, una psicóloga estuvo durante todo el taller como observadora y ayudó a contener al paciente que mencionáramos antes.

### **Día 7 de mayo**

Horario: 11.00 a 12.30

Cantidad de participantes: 12 pacientes

Descripción del taller observado:

El taller comienza a horario, y luego de la presentación y la aclaración de mi presencia, se comenzó con las técnicas de caldeamiento. Ellas involucraron desplazamientos en solitario, de dos, tres y cuatro compañeros. La consigna también incluyó un momento donde debían empujarse entre sí, luego saludarse y empujarse.

Posteriormente, y aprovechando el agrupamiento de cuatro del ejercicio anterior, la coordinadora propuso trabajar sobre escenas con temáticas relacionadas con el taller psicoeducativo que habían tenido la hora anterior. El psicoeducativo trató las “normas de convivencia”

Había tres grupos formados. Estos trabajaron, la discriminación, la convivencia en la familia y las normas de convivencia en un grupo de amigos. La dificultad que propuso la profesora fue que las escenas debían hacerse sin hablar. Luego de realizar las escenas se invitó a los grupos a representar nuevamente las escenas cambiando los roles de los pacientes.

Al momento de la reflexión, se intentó poner en común la vivencia de la tarea realizada.

### **Día 14 de mayo**

Horario: 11.15 a 12.35

Cantidad de participantes: 15 pacientes

Descripción del taller: al comienzo del taller, y en el proceso de caldeamiento, la coordinadora le pide a una de las participantes que proponga un movimiento para iniciar la acción. La paciente mal interpreta la consigna y le responde que le gustaría trabajar el tema de la violencia, agresión y amores obsesivos. A pesar de los esfuerzos de la profesora, la paciente no logró comprender la consigna, por lo que la primera decidió empezar el ejercicio con otro paciente para que ella viera de qué se trataba. Inmediatamente vio a sus compañeros, comprendió de qué se trataba el ejercicio.

El desarrollo de las escenas grupales que se trabajó en el taller, giraron en torno al concepto de “normas de convivencia que no se cumplen”. Se realizaron tres escenas. Una de las escenas observadas se trataba de un joven que fumaba marihuana en su habitación, junto con una amiga que venía a visitarlo y cuando su padre lo descubre se

inicia una discusión a la que se suma un hermano y la madre. Todo esto deriva en que la amiga se va de la casa e invita al muchacho a que se vaya con ella.

Luego se hicieron nuevas escenas fusionando los grupos. Por último, se hicieron reflexiones de cierre no muy comprometidas ni profundas.

### **Día 21 de Mayo**

Horario: 11.15 a 12.40 hs.

Cantidad de participantes: 12 pacientes.

Descripción del taller observado:

Al llegar al taller, los participantes, que ya venían trabajando en los talleres psicoeducativos desde más temprano, le plantearon a la profesora que ya tenían preparado lo que querían trabajar ese día. Los pacientes, que ya vienen desde hace tiempo al taller, conocen bien la metodología de trabajo, por lo que propusieron alguna actividad de caldeamiento y fundamentalmente las escenificaciones. El tema trabajado ese día en los talleres psicoeducativos y que se escenificaría aquí era “la violencia y la agresividad”.

Uno de los grupos representó una escena de “violencia doméstica” como ellos la describieron. Una de las pacientes representó el rol de la madre de la familia maltratada por su marido. La paciente se compenetró mucho con el personaje y se la notó claramente alterada, fusionada con el personaje y completamente identificada con él. Al finalizar la escena quedó un poco consternada y agitada, costándole salir de la angustia que le generó el personaje.

En la charla final se hizo referencia a lo importante del espacio que permite canalizar y hacer catarsis de toda la violencia que se absorbe en la vida cotidiana, y el valor que tiene que los participantes se hayan apropiado del espacio y hayan llevado una propuesta armada al taller, destacando la motivación, el afecto y la necesidad de usar ese medio de expresión para manifestar sus sentimientos y sensaciones.