

Fantasia y muerte. Una aproximación a la propia muerte en terapia

Verónica Isabel RAMOS TORRES
Consulta privada. Huelva

Resumen

El psicodrama proporciona técnicas terapéuticas que favorecen la activación de elementos de control yoicos. Esta forma de trabajo íntima nos brinda la oportunidad de hacer emerger contenidos que solo surgen del trabajo con imágenes. Por tal motivo puede ser útil abordar la muerte desde esta perspectiva.

En España en la actualidad las muertes por suicidio se sitúan como la primera causa no natural de fallecimiento, por encima de las muertes por accidente de tráfico (INE, 2012). Este trabajo aborda un modelo de intervención terapéutica para ideaciones suicidas, mediante la dramatización de la fantasía de la propia muerte en terapia. Se describen las técnicas psicodramáticas utilizadas y los resultados obtenidos con las mismas.

Palabras clave: psicodrama, técnicas terapéuticas, ideación suicida, fantasía de muerte.

Abstract

Psychodrama provides several therapeutic techniques that facilitates a graduate activation of elements for self-control. This form of intimate work provides an opportunity to bring out content that only come from working with images. For this reason it will be useful to deal with death from this perspective.

In Spain today suicide deaths are positioned as the first cause of unnatural death, above the traffic accident deaths (INE, 2012). This paper addresses a model of therapeutic intervention for suicidal ideation, by dramatizing the fantasy of his own death in therapy. Psychodramatic techniques used and their results are described.

Keywords: psychodrama, therapeutic techniques, suicidal ideation, fantasy death.

El hombre se angustia cuando se siente amenazado de no poderse realizar, o no poderse realizar de un modo adecuado en el medio ambiente social en el que está incluido, la angustia se deriva de las múltiples opciones que se tienen frente y que de alguna forma la elección de una opción lo coloque ante la amenaza de pérdida de las relaciones con los seres humanos que le importan.

Si se utiliza a un grupo como medio terapéutico veremos que por una parte proporciona amparo a sus componentes, pero por otro lado los frustra e inquieta. Tanto la protección y amparo extremos, como la ausencia de todo apoyo provocan angustia. Desde este punto de vista la angustia posibilita al ser humano a encontrar las proporciones adecuadas entre dependencia y autonomía.

El individuo, cuando se siente obstaculizado por las limitaciones que le imponen las normas del grupo, añora con frecuencia una libertad sin límites, pero el hombre sabe, en el fondo, que solo puede sentirse libre dentro de un orden que le limite (Bally, 1945).

Es el sentimiento de no poder ya pertenecer o de ser excluido del grupo o una colectividad, el que lleva a una desesperación de ya no poder participar, de no poder ya vivir, lo que lleva a tentativas de suicidio (Kielholz, 1970). Es precisamente la ausencia, o la pérdida de contacto con los demás, el aislamiento, lo que empuja al suicidio al ser humano deprimido, el cual se siente rechazado.

La vida y los grupos se encuentran en un equilibrio lábil entre dinámica y estática. Una pequeña carga de angustia e

inquietud son necesarias para movilizar comportamientos arraigados y procurar su sustitución por otras posibilidades escasamente desarrolladas aún.

La angustia se manifiesta físicamente, se puede expresar mediante obsesiones, fobias y tiene su origen en conflictos internos (hostilidad, agresividad reprimida), en una actividad sexual insatisfecha, en la pérdida del amor (por muerte o ruptura).

Estas situaciones avivan un sentimiento de abandono obligando a la puesta en acción de mecanismos compensatorios, que de no ser puestos en marcha llevarían a una inadaptación y a una nueva sintomatología más severa. Como la depresión que se traduce en una carencia, falta de deseo o motivación de vivir o por la ausencia de una meta en la vida. La ansiedad se experimenta a nivel psíquico.

Lo que hay detrás del miedo a la muerte, es el miedo a la vida, a no tener los recursos, la capacidad, la fuerza para superar el dolor, el miedo o la expectativa de sentir el malestar que reaviva experiencias almacenadas en nuestra memoria física y mental, a la que se acude en cada momento de dificultad o situaciones anticipatorias de muerte.

Enfrentarse al miedo a la muerte

Dado que la muerte representa la última confrontación con lo desconocido, no resulta sorprendente que las personas que padecen de ansiedad, angustia y, sobre todo, depresión teman, más a menudo de lo que ellas mismas desearían, la muerte. El miedo a la muerte es una emoción común e intrínseca de nacer, es lo único certero que tenemos en la vida, que sabemos con seguridad que algún día pasará.

Para hacer frente a la muerte primero hay que saber qué es lo que se teme. Podemos hacer un recorrido por ella en tres fases. La primera fase comprende el proceso de morirse hasta que entra en el estado inconsciente. La segunda fase hace referencia al instante en el que se pasa del estado inconsciente, al momento de la muerte propiamente dicho. La tercera fase comprende el periodo de tiempo que sigue a la muerte

En el primer aspecto cuando estuve trabajando con paciente terminales que experimentaban mucho dolor físico, la mayoría de ellos no temían a la muerte, al contrario la veían muy a menudo como una salida deseada. La demanda terapéutica radicaba más bien en temas de la tercera fase, presentaban pensamientos del tipo siguiente: *“Cuando me muera me daré cuenta de que no he realizado todos mis sueños”*, *“Había tantas cosas que quería hacer”*.

En el segundo aspecto los pacientes que tuvieron experiencias de muerte física real y que han sido reanimados, cuentan de esta experiencia que es terriblemente angustiosa, porque queda un hilo de consciencia, pero se pierde definitivamente el control sobre nosotros mismos. Y en el tercero lo podemos resumir en la pregunta tan extendida de que hay más allá de la muerte. Lo que tememos de qué

es lo que pasará con nosotros cuando nuestro cuerpo pare de funcionar.

La mayoría de los personas que llegan a consulta sea cual sea su motivo, tiene o han tenido alguna vez ideaciones suicidas, así que se debe preguntar directamente y abiertamente si han tenido o tienen estas ideaciones, es sorprendente que los pacientes no se acongojan ante la pregunta y suelen sentir un gran alivio al confesarlas, debido al gran gasto de energía y la lucha que representa llevarlas en el interior en silencio.

El acto suicida tiene múltiples motivaciones en el inconsciente, el intento de autodestrucción es una llamada de ayuda, una maniobra desesperada que pretende llamar la atención hacia la angustia en la que se haya la persona. Los intentos de suicidio superan por mucho a los llevados a término y la mayoría no tienen como finalidad la muerte.

En realidad, lo que quieren es ayuda y desean que su problema sea tomado en serio, los intentos de suicidio traen a menudo la atención buscada y muchos de estos intentos llevan a la persona que los utilizo a encontrar un camino de vida con más sentido. Aunque sí es verdad que el “deseo de morir” es la motivación del acto suicida.

Si el paciente tomara consciencia de que no es su cuerpo quien desea morir sino una parte interna, una emoción, un pensamiento, podrían derivar en la resolución de su conflicto, expresando y “matando” estas partes subyacentes de la consciencia.

El suicidio es una censura hacia aquellos que muestran un interés en la persona y un rechazo a su yo. Y puesto que siempre sirve para provocar sentimientos de culpa en la familia, también podemos verle como un acto hostil, aunque es de especial atención que en los argumentos de por qué no se realiza, la familia figura como uno de los principales sustentadores de la idea de seguir viviendo.

Duelo

Uno de los orígenes de las ideas de muerte está en el duelo. Un duelo es la respuesta normal a un estímulo, un hecho que nos hiere y que llamamos pérdida. La muerte de un ser querido es una herida, pero también lo es dejar la casa de los padres, irse a vivir a otro país, la ruptura de una relación sentimental. Cada pérdida funciona como una interrupción en la continuidad de lo cotidiano. Freud en su ensayo *Duelo y melancolía* dice:

“Es este sadismo, y solo éste, el que resuelve el enigma de la tendencia al suicidio... Los que sufren (de melancolía) acaban generalmente por conseguir vengarse por el sinuoso camino del autocastigo de los objetos originarios, y por atormentarlos a través de la enfermedad, habiendo caído en ella para evitar la necesidad de expresar abiertamente la hostilidad contra las personas amadas.” (Freud, 1953, pág. 162).

Lo que nos dice Freud es que hay una relación entre depresión, suicidio y supresión o represión de la hostilidad.

Cuando una persona se suicida significaría en realidad que no puede vivir consigo mismo, que no puede soportar por más tiempo los sentimientos hostiles y negativos que alberga dentro y es cuando solo puede expresar estos sentimientos por medio de un acto autodestructivo. Liberar a la persona deprimida de los sentimientos negativos suprimidos hará que su depresión desaparezca. No se le puede dar amor y aceptación si este paso no ha sido cubierto, es ilusorio, tiene que lograr expresar su resentimiento, la culpa y los sentimientos negativos que acompañan las ideaciones y fantasías de muerte. Es esta expresión la que no debemos pasar por alto si queremos entender al individuo deprimido y su tendencia suicida.

Rostros del morir

Lo que nos atañe en este trabajo es la vinculación con la propia muerte. Antropológicamente hay culturas en donde se vive con la muerte y otras en donde apenas se habla de ella. De alguna manera, y pese a nuestra negación intrínseca, la realidad de la muerte está empapando y dando colorido y sabor a todos nuestros actos.

Ya nos hablaba Freud en Consideraciones Actuales sobre la Guerra y Muerte, sobre el sentido de finitud al que nos enfrenta la muerte y a la vez sobre cómo ésta nos permite seguir fantaseando sobre nuestra omnipotencia e inmortalidad.

Cuando trabajo en terapia con la propia muerte, hago un recorrido mediante la construcción de imágenes por los distintos rostros de la muerte: “*la muerte temida, la muerte deseada, la muerte elegida, la muerte desafiada*”. Al final se construye una historia con todos los elementos imaginados y puestos en cada imagen.

Los campos de actuación

Podemos encontrar dos campos principalmente cuando queremos modificar una conducta: uno es dentro de sí mismo, es decir nuestra personalidad, la forma en que pensamos, a través de ampliar los roles que no utilizamos y que podemos aprender. El otro campo está fuera, y lo constituyen las causas que externamente propician el conflicto, que son el contexto familiar, social, económico y cultural en el que se vive.

Dentro de sí mismo podemos encontrar tres campos de acción: el fisiológico que son todos los síntomas físicos que experimentamos derivados de las interacciones bioquímicas y/o hormonales que ocurren en nuestro cerebro. El mental, constituido por lo que pensamos, nuestras creencias; y el conductual que son todas las conductas verbales y/o corporales que exhibimos o que ocultamos derivadas de los ante-

rios contextos. En lo que respecta al trabajo terapéutico con la propia muerte, se trabaja en las tres dimensiones: (a) *dimensión del pasado*, toma de conciencia, reconocimiento del deseo de muerte, de asuntos pendientes; (b) *dimensión del presente*, descarga emocional de vivencias contenidas a nivel latente que incapacitan funcionalmente, y (c) *dimensión del futuro*, revinculación, vuelta al mundo real.

Técnicas

Las técnicas utilizadas para investigar, abordar y concretizar la acción terapéutica fueron: los objetos intermedarios, el juego de roles, el espejo, el doble, la maximización, la interpolación de resistencias, el soliloquio y las imágenes intermedarias (lo peor y lo mejor). Las describiré brevemente a continuación.

Objetos intermedarios

Permiten realizar la descarga emocional, Realizar la despedida, la cancelación de asuntos pendientes, la elaboración de la relación y facilitan la revinculación con el entorno. Con ellos encaramos sentimientos, nos podemos enfrentar a decir lo no dicho. El objeto intermedario cumple una función auxiliar cuando se utiliza para subrayar algo que ya está ocurriendo en la escena: un personaje, un clima emocional determinado. Estos objetos pueden ser telas, títeres, un dibujo, una carta, podemos usar cajones o sillas para mostrar diferencias de altura o rango, una sábana para simbolizar la muerte si la ponemos cubriendo a un personaje, una tela a modo de manto significa poder...etc.

También tiene una función mediadora cuando su presencia se convierte en imprescindible para “enfriar” una escena con mucha carga emocional que impide al protagonista seguir con la acción, o ya sea que los contenidos están cargados de conductas sexuales y/o agresividad. (Rojas-Bermudez. 1997)

Cambio de roles (role-playing)

Consiste en pedirse algo desde otro rol. Esta es la técnica central del psicodrama, que representa en términos técnicos el encuentro. El *protagonista* (paciente) expresa desde él todo lo que siente con respecto a una persona con la que se tiene o se vive un conflicto, para luego colocarse en el lugar de esta persona y responder a lo expresado.

Depositamos en los demás los fantasmas propios de roles o parcelas pertenecientes al yo y que impiden la clara diferenciación yo-tú; por eso, esta técnica psicodramática se muestra muy productiva. Un cambio de roles practicado en un momento adecuado, permite a cada uno de los sujetos implicados tomar contacto con el otro tal como es, y poder tomar conciencia de lo propio que se le estaba depositando al otro, es decir, le permite dramatizar sus percepciones de

sus relaciones interpersonales representando lo que cree que los demás piensan (sus propias proyecciones).

La *inversión de roles* permite al protagonista ver la situación desde los ojos del otro, verse a sí mismo desde la perspectiva del otro, y a la figura del yo auxiliar le da material para entrar en el personaje que debe representar. A veces basta con una inversión de roles para captar en profundidad la situación. (Moreno, 1961)

Maximización

El *director* (terapeuta) elige magnificar un gesto, una frase o un momento de la acción porque le parece especialmente elocuente y relevante para comprender o darle un giro a la dramatización. (Ramírez, 1997)

Interpolación de resistencias

Consiste en irle presentando al protagonista obstáculos externos en una dramatización para ejercitar la espontaneidad. Moreno en *Fundamentos de la Sociometría* en 1962, describe esta técnica como una forma de resistencia extrapsíquica, que consiste en la intervención del terapeuta dando una consigna al yo auxiliar, o introduzca elementos en la escena con el fin de poner a prueba la capacidad de una persona para hacer frente a una situación inesperada, como que el yo auxiliar reaccione desde su rol con el protagonista con una actitud que éste no esperaba; por ejemplo, si un miembro de una pareja espera la recriminación del cónyuge en una situación determinada y se encuentra con una actitud comprensiva, su expectativa de rol se desvanece, ya que no se corresponde con el supuesto rol-contrarrol de la escena interna del protagonista y le obliga a plantearse una respuesta nueva, diferente y espontánea, lo que hace que el protagonista muestre y pueda percibir así, sus recursos yoicos, y sus modos de conducta y de vinculación más naturalmente, recurriendo a modelos más reveladores de su personalidad.

Soliloquios

Consisten en verbalizar desde el uno y desde el otro lo no dicho; es decir, en darle volumen a los sentimientos y pensamientos, hablar en voz alta acerca de éstos bajo la ficción de que el resto de los personajes de la escena no oyen. Es como la voz en *off* en el cine, donde se oye lo que el protagonista piensa y no dice. Se puede definir como una expresión de sentimientos y pensamientos por parte de un individuo sobre la percepción que tiene en ese momento de sí mismo y/o del sistema del que forma parte. Implica una aclaración de contenidos ocultos, y suele conllevar una redefinición del sistema desde un punto de vista personal.

Es conveniente medir la frecuencia de su uso. Si abusamos de él veremos cómo se pasa insensiblemente de una

exteriorización de los contenidos emocionales, a una charla con el terapeuta sin mayor interés en aquel momento.

La finalidad de esta técnica es plasmar, evidenciar “en caliente” aquí y ahora, un momento del desarrollo del drama. Lo podemos usar tanto durante el discurso espontáneo del sujeto con el terapeuta como durante una dramatización. Se trata de que emerja un contenido interno en el momento en que está ocurriendo. Un modo de huir del compromiso del soliloquio es desviarse de la propuesta a un relato de hechos ajenos al aquí-ahora; en este caso conviene reconducir al sujeto para que concrete lo que se le ha sugerido. Los momentos idóneos para proponer un soliloquio son:

- Cuando percibimos disonancia entre los mensajes gestuales que nos hablan de un discurso interno importante, que se contradice o es diferente al relato hablado. La propuesta de soliloquio es una petición de codificar verbalmente el lenguaje no verbal. A través de esa traducción logramos oír lo oculto, y lo oculto expresado redefine la situación de un modo diferente a como se definía con la palabra.
- En el curso del desarrollo de otras técnicas como las *esculturas*, el sujeto la ha construido como una plasmación intuitiva de su escena interna. La escultura realizada está ahí como expresión simbólica de su personal óptica inconsciente del sistema que representa. Por ejemplo, su familia. Al proponerle ahora un soliloquio en el que verbalice cómo se encuentra en esta escultura y cómo la percibe, le estamos llevando a un segundo paso que es la toma de conciencia de su rol en este conjunto y a un replanteamiento “desde fuera” de la red vincular. Es decir, con la escultura le obligamos a percibir y extroyectar la escena interna, y con el soliloquio a verbalizar sus implicaciones emocionales y su posición en el esquema vincular (Rojas Bermúdez, 1997).

Doblaje

Consiste en desbloquear lo reprimido. El doble, que es representado por el yo-auxiliar (en caso de no tener una unidad funcional, lo hace el mismo terapeuta) hace o dice lo que el protagonista no puede decir por sí mismo (como la madre para el niño en la primera etapa del primer universo). Así, se usa cuando nos damos cuenta de que el protagonista se encuentra dificultado para la expresión verbal y/o corporal, de sus contenidos internos, no se atreve o no sabe como mostrarlos, o incluso, no es consciente de ser portador de determinados contenidos. El yo-auxiliar, en su función de doble, interpreta la realidad del protagonista desde la identificación con él, recurre a sus propias experiencias para ayudar al protagonista a expresarse. Para llevarla a cabo, el yo-auxiliar se sitúa al lado o detrás del protagonista, y adoptando su misma postura corporal, va agregando progresivamente los elementos que el protago-

nista no explícita, es decir, pensamientos, sentimientos y emociones que cree que el protagonista no percibe, o elude explicitar y que son significativos en relación a la situación dramática que se está dando. No existe un doble sino varios posibles. La finalidad del doble es la de desenmascarar al “yo” del protagonista, en el buen sentido de la palabra, es decir, facilitarle que los contenidos retenidos por diversas razones, emerjan (Moreno, 1961).

Espejo (imágenes intermediarias)

Consisten en mostrar la imagen. El yo-auxiliar le devuelve al protagonista una imagen de sí mismo. Consiste en que el protagonista elija un yo-auxiliar que lo represente en la situación que se está dramatizando para que pueda éste ver desde fuera lo que está pasando. Se emplea para hacer patente un comportamiento cuando el protagonista no está tomando en cuenta lo que hace, y la imagen que da hacia los demás puede diferir sustancialmente de la que él percibe de sí mismo (imagen externa e imagen interna). Son comportamientos que no están adecuadamente integrados en un rol, sino que se interponen en ciertas situaciones sin la toma de conciencia sobre ellos por parte del protagonista. El yo-auxiliar imita al protagonista, utilizando esta técnica con cuidado para que no sea sentida como burla. A diferencia del doble, no agrega verbalmente nada, sino que se limita a representar lo más fielmente posible las conductas corporales y afectivas (Rojas Bermúdez, 1997).

Algunos casos clínicos

Caso 1. Paciente varón de 72 años, diagnóstico de cáncer de hígado

Es remitido por la unidad de fisioterapia del Hospital Regional n° 25 de Monterrey (México), hospital donde la autora desarrolló sus prácticas profesionales. El personal que demandó la intervención psicológica estaba constituido por enfermeros y físicos nucleares. El paciente era bajado de piso a radioterapia y su camilla era colocada en un pasillo mientras esperaba su turno para terapia. Mientras esperaba su turno era conocido por gritar, maldecir, hacer rabietas que consistían en pegar a las personas que pasaran por ese pasillo que estuvieran a su alcance. La primera vez que me acerque a verle fue en ese pasillo, después de mi dosis de insultos pude hablar con él, le dije que si quería decirme algo más, me dijo que no, entonces le pregunte si le gustaría decirle algo a otra persona y me dijo que sí, que a Dios. Le dije que concretaríamos una cita para eso, tenía que prepararme con una consulta (de la que no disponía) y con yo auxiliares. Una vez que uno de los médicos oncólogos me dejó amablemente su consulta, llevamos a cabo nuestra cita. Tenía la dificultad de que él no podía levantarse de su cama y tenía fuertes dosis de morfina. Trabaje mediante la

ayuda de un enfermero y un celador, además de haber preparado previamente una linterna, una sábana blanca, velas. Empezamos con un caldeamiento verbal, un soliloquio donde expreso todos sus sentimientos hacia Dios. Estos estaban cargados de mucho resentimiento, rencor, odio y cierta nostalgia. Pedí al enfermero hiciera de Dios (oportunamente, porque con posterioridad me enteré de que este enfermero era el pastor de una iglesia cristiana), apagamos las luces, encendimos las velas y el enfermero empezó a hablar (lo que se instruyó): “Aquí esta Dios, habla con él”. Cuando mi paciente escucho la voz del enfermero, empezó a llorar durante varios minutos. Verbalizaba entre llantos sus pérdidas, la pérdida de la salud, la ausencia de sus hijos, con los cuáles estaba distanciado desde hacía diez años y a quienes no quería llamar para informarles de su estado de salud, la muerte de su esposa hacia 11 años. Una vez se relajó empezó a exigirle a Dios que le hablara desafiándolo. Ante esta respuesta emocional, el enfermero estaba paralizado y me preguntaba con señas que le decía, yo le hice la señal que le hablará desde el corazón. Cada palabra que el enfermero pronuncio provoco nuevamente llanto, pero era un llanto distinto como de reconciliación, luego de forma espontánea “Dios” le abrazo y le beso y le dijo que lo estaba esperando, pero que resolviera su situación con sus hijos. El celador hizo de la familia, de los hijos, y mi paciente hablo con cada uno de ellos, a modo de despedida y perdón. Lo que yo observé de aquella sesión fue una reconciliación con sus creencias, lo no dicho a sus hijos y su reconciliación con cada uno. Hizo un balance de su vida un cierre y despedida. A los dos días del trabajo terapéutico, me acerque a su planta y me notificaron las enfermeras que había muerto hacia unas horas. Pregunte como había sido su muerte, y me dijeron tranquila y en compañía. Grande fue mi sorpresa saber que sus hijos estuvieron con él cuando murió.

Caso 2. Mujer de 35 años con depresión grave

Esta mujer había sufrido *bossing* (acoso laboral por parte del jefe) con abuso sexual y tuvo dos intentos de suicidio por medio de pastillas y cortes menores en las muñecas.

Se llevó a cabo la dramatización de la propia muerte mediante suicido consumado con pastillas antidepresivas. El caldeamiento se hizo verbal por medio de un soliloquio en donde narra como imaginaba ella su suicidio, le pedí las imágenes más temidas y más deseada con respecto a esta narración. Empezamos a dramatizar a partir de la imagen más temida, que consistía en tomar todas las pastillas (ella decía que 50) de una mezcla entre lorazepan y prozac, sin vomitarlas y sin que nadie llegara o quién pudiera llamar.

Actuó como se tomaba cada una de las pastillas y mientras me iba narrando los efectos que están tenían en su cuerpo, luego le pregunté cuanto tiempo pasaba hasta que le hacían efecto y me dijo que una hora, luego ella narro que le daba un paro cardiaco y moría. Le pregunte como ima-

ginaba que quedaba su cuerpo y me hizo una descripción, le dije que hiciera con telas el contorno y que se levantara para que lo viera. Se quedo varios minutos de pie viendo esa imagen. Luego con ella de pie le pregunte quien era la primera persona que encontraba su cuerpo, dijo que su hermana. Tomando el rol de la hermana esta entra a la casa y encuentra el cuerpo, hago juego de roles. Luego pregunto a quien avisa su hermana de su muerte, y dice que a sus padres y empieza a llorar. En juego de roles hace de sus padres y se despiden de ellos. Luego llega el médico forense, los servicios funerarios, decidir si la entierran o la incineran, la ropa que le pondrán, los familiares que empiezan a llegar, los amigos y entre todo este movimiento comenta, entre risitas, "Qué follón, qué complicado es esto de morir". Continuamos con el entierro y con el paso del tiempo a partir de ahí. Cuando cumplió tres años de haber muerto, dijo que tenía sobrinos y que sus papás habían muerto (los padres de ella son muy mayores). Empezó a verbalizar de forma espontánea "Ojalá no estuviera muerta", que ya había descansado lo que necesitaba pero que ya no podía volver de la muerte. Di por terminado el ejercicio y cuando hicimos la fase de comentarios me dijo que se dio cuenta que en realidad no quiere morirse, que está muy, muy cansada de todo lo que lleva pasando y que se siente sola. Que se dio cuenta de que tiene amigos, pero que no pide ayuda. Dimos por concluida esa sesión. Seguí viéndola por un par de sesiones más, ya no tenía ideas de matarse y se encontraba mejor con las crisis de ansiedad. Me dijo que tenía un plan, que iba a dejar la ciudad y buscar incluso trabajo en otro país, que necesitaba distancia y que creía que esto podría venirle bien. Trabajamos en sesiones posteriores los cambios que iba a realizar y cómo manejarlos y un duelo no resuelto de su divorcio. Suspendimos el tratamiento dejando la puerta abierta al retorno si ella lo necesitaba.

Caso 3. Hombre de 40 años con ideas suicidas

Tras una ruptura de relación de pareja sin elaboración de duelo, la muerte de su mascota (una perra que le daba compañía) se desencadena un estado distímico, caracterizado por deseos e ideaciones de muerte.

Mientras trabajábamos con el duelo de su relación, verbaliza que lo mejor sería estar muerto, que estaba muy cansado. En la siguiente cita, cuando le pregunto cómo está, me dice que ha soñado que se moría. Le pregunto que como había sido su muerte, y me dijo que dormido. El ya conocía el trabajo con psicodrama así que cuando le pregunto que si quiere dramatizarlo, inmediatamente se recuesta en el sofá de mi consulta y se coloca como si estuviera dormido. Le digo "Cuéntame en tiempo presente cómo es tu muerte". Y empieza a narrar cómo se le para el corazón. Una vez que "muere", le coloco una sábana por encima y lo dejo unos minutos, le pregunto quién se da cuenta de que está muerto. Me dice que su casera, hacemos *rol playing*, describiendo lo

más posible la participación de cada uno de los personajes que él va mencionando, tomando él, el lugar de cada uno y luego volviendo a su rol para contestar. Cuando llega al rol de su madre me dice "Ya sé por dónde quieres ir", a lo que le respondo que continúe y se ponga en el lugar de ella. Cuando finaliza, vamos a su funeral, en el cuál ratifica lo que sabe, que está lleno de buenos amigos y que es muy querido. Cuando le entierran, la gente se empieza a ir y se queda solo. Inmediatamente pregunta "¿Ya me puedo levantar?", y le contesto "¿Tú te quieres levantar?". Su respuesta fue "Sí". En los comentarios hubo un silencio largo donde él me miraba con una sonrisa cómplice. Luego le pregunto "¿Hay algo que quieras compartirme de tu experiencia?" y me dijo: "Que ya sé lo que necesito hacer". Dimos por terminada la sesión. Supe que había terminado de elaborar su duelo.

Caso 4. Varón de 5 años, paciente terminal de leucemia

Las enfermeras del servicio de oncopediatria me llaman porque es un niño que tiene una dosis muy alta de morfina y su estado físico está muy deteriorado. Se queja de mucho dolor y quieren saber si puedo hacer algo que le ayude.

Es hijo único, y su madre es madre monoparental, ella ha dejado su trabajo para estar cuidándole, después de estar dos meses en cuidados intensivos, los médicos deciden que lo pasarán a cama para "esperar" (con esto refieren a esperar que el niño muera). La madre no se separa de él apenas para ir al baño. Estuve con ellos ese día haciendo terapia ocupacional y me llamo la atención el dibujo que hizo el niño, se había dibujado a sí mismo muy contento saltando entre las nubes. Pero su madre estaba abajo (en la tierra) llorando. Cuando comente su dibujo, le dije que qué bien se veía entre las nubes, que estaba muy contento. Y me dijo "Sí, pero no estoy tan contento, porque mi madre llora mucho", le digo claro está llorando mucho aquí y la señalo en el dibujo, a lo que él me contesta "Y aquí al lado mío cuando cree que estoy dormido, me dice muchas cosas que me preocupan, que ella está sola, que se va a morir sin mí, que si Dios la está castigando". Y le pregunté: "¿Y tú qué piensas de eso que dice tu mami?" "Que no es verdad, que tiene a mis abuelos, que puede casarse y tener otros hijos". Le pregunto si él había hablado de estas cosas con ella, y me dijo que no, le pregunto que si le gustaría y me dijo que no, entonces le dije "Bueno, ¿y si le escribes una carta?", y me dijo que sí. Al siguiente día volví a verle y me dijo que ya le había escrito la carta a su mamá, y le pregunto que si se la había dado, me dijo que no, que quería dársela enfrente de mí. Así que me envalentoné y le dije que se la diera. La madre cogió el papel y le dije que su hijo quería que la leyera. La leyó en voz baja, así que en realidad nunca me enteré muy bien qué decía la carta, pero sí que la madre lloraba muchísimo mientras la leía y lo miraba de vez en vez. Cuando termino

de leerla, lo abrazó y le dijo que le iba a contar un cuento cada noche hasta que cerrara los ojos para siempre. Unos días más tarde mi pacientito falleció. No volví a ver a esa madre valiente, que amó a su hijo hasta el final con una entereza admirable.

Conclusiones

El psicodrama a través de sus técnicas brinda la oportunidad al terapeuta de observar y trabajar los contenidos emocionales de sus pacientes sin vaciar los propios. La ejecución de las técnicas psicodramáticas permiten ir aproximándose al conflicto al ritmo marcado por el/la paciente en temas que podrían resultar angustiosos. Podemos rescatar el trabajo de la propia muerte con niños/as brindándoles la posibilidad de elaboración de la propia muerte y el duelo de su familia. El trabajo con si mismo/a en la exploración personal de las técnicas es fundamental para comprender con una visión más amplia las técnicas y su ejecución.

Referencias

- Bally, G. (1945). *Del origen y de los límites de la libertad*. Basilea: Schwabe (publicado en español en 1962).
- Freud, S. (1915). Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte. En *Obras Completas II*. Buenos Aires: Biblioteca Nueva (publicado en español en 1973).
- Freud, S. (1953). Mouring and Melancholia (Duelo y melancolía). En *Collected Papers, Vol. IV*. Londres: Hogarth Press.
- Kielholz, P. (1970). *Angustia. Aspectos psíquicos y somáticos*. Madrid: Ed. Morata.
- Moreno, J.L. (1961). *Psicodrama*. Buenos Aires: Hormé.
- Moreno, J.L. (1962). *Fundamentos de la sociometría*. Buenos Aires: Paidós.
- Ramirez, J.A. (1997). *Psicodrama. Teoría y práctica*. Bilbao: DDB.
- Rojas Bermúdez, J. (1997). *Teoría y técnicas psicodramáticas*. Barcelona. Paidós.

