



UNIDAD IZTAPALAPA
DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA

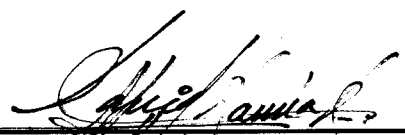
"LA RELACIÓN ENFERMERA – PACIENTE"

TESIS QUE PRESENTA:

JOSÉ ANTONIO PÉREZ MARTÍNEZ
96223884

PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA SOCIAL

ASESOR:



MTRO. DAVID M. GARCÍA GUZMÁN

MARZO, 2001

U. A. M. IZTAPALAPA BIBLIOTECA

A mis padres, a mi hermano y a mis maestros:

*Por su ayuda, motivación y comprensión
para la realización de mis proyectos.*

ID=1267/02

*"...Más importante que la procreación es el hijo.
Más importante que la evolución de la creación
Es la evolución del creador..."*

(J. L. Moreno)

INDICE

	PAG
INTRODUCCIÓN.....	<i>I</i>
OBJETIVOS.....	<i>IV</i>
RECONOCIMIENTOS.....	<i>V</i>
1. ELEMENTOS TEÓRICOS SOBRE LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE.....	1
1.1. EL ROL.....	2
1.1.1. EL ROL SOCIAL DE ENFERMERA Y PACIENTE.....	5
1.2. EL ROL Y CONTRAROL EN LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE.....	10
1.3. LOS ROLES DE ENFERMERA Y PACIENTE COMO REPRESENTACIÓN MENTAL.....	11
1.4. LO PRIVADO Y COLECTIVO EN EL ROL DE ENFERMERA Y PACIENTE.....	14
1.5. LA ENFERMERA, YO-AUXILIAR DEL PACIENTE.....	16
1.6. EL MUNDO INTERNO EN ESTA RELACIÓN.....	18
1.7. EL TELE Y LA TRANSFERENCIA EN LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE.....	20
1.8. EL ENCUENTRO EN LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE.....	23
1.9. LOS FACTORES ESPONTANEIDAD / CREATIVIDAD EN ESTA RELACIÓN.....	26
2. ESTUDIOS DE CASO SOBRE LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE..	30
2.1. CASO 1.....	32
2.1.1. RASGOS PÍCTORICOS (DIBUJO 1).....	33
2.1.2. COMENTARIOS (DIBUJO 1).....	38
2.2. CASO 2.....	39
2.2.1. RASGOS PÍCTORICOS (DIBUJO 2).....	39
2.2.2. COMENTARIOS (DIBUJO 2).....	43
2.3. CASO 3.....	44
2.3.1. RASGOS PÍCTORICOS (DIBUJO 3).....	44
2.3.2. COMENTARIOS (DIBUJO 3).....	45
2.4. CASO 4.....	50
2.4.1. RASGOS PÍCTORICOS (DIBUJOS 4A Y 4B).....	50
2.4.2. COMENTARIOS (DIBUJOS 4A Y 4B).....	55
2.5. CASO 5.....	56
2.5.1. RASGOS PÍCTORICOS (DIBUJOS 5A Y 5B).....	57

2.5.2. COMENTARIOS (DIBUJOS 5A Y 5B).....	61
3. CONCLUSIONES.....	63
ANEXO.....	66
EL ÁMBITO FORMATIVO Y PSICOTERAPÉUTICO DE LA METODOLOGÍA PSICODRAMÁTICA COMO PROPUESTA DE INTERVENCIÓN AL INTERIOR DE LA RELACIÓN ENFERMERA – PACIENTE.....	66
EL ÁMBITO FORMATIVO DE LA METODOLOGÍA PSICODRAMÁTICA COMO ALTERNATIVA DE INTERVENCIÓN EN LA RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE.....	67
EJEMPLOS DE INTERVENCIÓN GRUPAL FORMATIVA EN ESTA RELACIÓN.....	71
EL ÁMBITO PSICOTERAPÉUTICO DE LA METODOLOGÍA PSICODRAMÁTICA COMO ALTERNATIVA DE INTERVENCIÓN EN LA RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE.....	76
EJEMPLO DE INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOTERAPÉUTICA EN ESTA RELACIÓN.....	76
BIBLIOGRAFÍA.....	80

INTRODUCCIÓN

En el presente estudio se aplica el enfoque epistemológico dialéctico crítico, un método estructurado a partir del sistema filosófico del marxismo. Se utilizan como apoyo teórico categorías conceptuales del psicodrama. Se trabaja el estudio de caso para delimitar observables de la realidad con instrumentos metodológicos basados en dibujos, analizados con técnicas ideadas por Karen Machover para rasgos de contacto social. Todo lo anterior con el fin de identificar los fenómenos que ocurren al interior de la relación enfermera-paciente.

La relación enfermera-paciente se ha convertido en uno de los principales focos problemáticos en las instituciones de salud pública o privada. Son muchos los pacientes que se quejan el trato que reciben de la enfermera; pero también, son comunes los problemas mentales en este tipo de profesionistas, principalmente en servicios donde se reciben pacientes graves. Por ello cada vez se hace más importante la investigación dentro de éste ámbito.

El tema de la presente tesina ha sido abordado en pocas ocasiones; la mayoría de los estudios dedicados al contexto hospitalario se han orientado por la relación médico paciente, posiblemente por el status social que tiene el primero, dejando en un nivel marginal a las enfermeras que a mi parecer son las que tienen mayor contacto tanto físico como psíquico con el paciente, lo cual las coloca como un punto esencial en la atención derivada de las instituciones de salud.

Las posturas epistemológicas se han basado principalmente en el sistema hipotético deductivo. Ante lo anterior he optado por la epistemología dialéctica crítica porque la relación enfermera-paciente como fenómeno social es concebida como "una articulación de niveles, en tanto procesos que se desenvuelven en el tiempo y el espacio"^I.

Mientras que las posiciones teóricas referentes al tema se centran en diversas corrientes psicológicas como: Conductismo, Cognoscitivismo, Representación social, Psicoanálisis, etc. Utilizo categorías conceptuales del psicodrama porque la teoría debe cumplir la función de delimitar y articular la realidad, además de que la relación de mi interés es dinámica y en constante cambio. El utilizar Psicodrama como apoyo teórico obedece a mi inquietud de trabajar con una construcción que ha sido marginada dentro de la Psicología social, por considerársele "clínica", pero que cuando se le conoce resulta ser netamente social. Es pues, más que una inquietud, una necesidad reivindicar el pensamiento de Moreno^{II} dentro del contexto de la Psicología social.

La elaboración del presente estudio se encuentra basada en la espiral dialéctica del marxismo, que va del concreto real (el mundo de los fenómenos externos) al abstracto (descomposición del todo en el pensamiento) y de él al concreto de pensamiento (síntesis de los múltiples aspectos de la realidad abstraída).

En el capítulo 1 se presentan una serie de conceptos ordenadores, cuyo objetivo es pensar al problema como un nivel articulable con otro. En el capítulo 2 presento una serie de recortes empíricos de la realidad basados en los conceptos ordenadores del capítulo 1, analizados en su posible articulación. Por su parte, el capítulo 3 contiene las conclusiones, la reconstrucción articulada del fenómeno que me encuentro estudiando, punto concluyente del

^I Zemelman, H. La totalidad como perspectiva de descubrimiento. Apud: *Revista mexicana de sociología* p. 61

^{II} Creador del Psicodrama.

proceso de conocimiento dialéctico-crítico. El conocimiento no puede mantenerse conservado en el papel, es necesario que se aplique a la realidad social de donde proviene, es por ello que al final se anexa una propuesta de intervención basada en los ámbitos formativo y el psicoterapéutico de la metodología psicodramática.

OBJETIVOS

Identificar los fenómenos psicosociales que ocurren en la relación enfermera-paciente.

Analizar la forma en que se da la relación enfermera-paciente.

Presentar algunas estrategias de intervención para las problemáticas de la relación enfermera-paciente.

Aplicar categorías conceptuales del Psicodrama a un fenómeno social como la interacción enfermera-paciente.

Reivindicar el pensamiento de Jacob Levi Moreno dentro del contexto de la Psicología social.

Adquirir experiencia en la conducción de una investigación desde la epistemología dialéctico-crítica.

RECONOCIMIENTOS

En la elaboración de la siguiente investigación fue importante la guía del profesor David M. García Guzmán, su apoyo a la realización de este tema dentro del llamado "Año de Investigación" y su interés por que la investigación se llevará en buen término. Por otro lado, agradezco a todas las personas que amablemente me brindaron su ayuda durante la elaboración del presente trabajo.

“LA RELACIÓN ENFERMERA – PACIENTE”

1

ELEMENTOS TEÓRICOS SOBRE LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE.



El presente trabajo tiene como interés emplear diversos conceptos pertenecientes a categorías conceptuales del Psicodrama, ubicados dentro de diferentes áreas temáticas (psicosocial, sociológica y filosófica), para reconstruir el significado específico del desempeño del rol de enfermera ante el paciente.

En vez de reducir el problema eje a una hipótesis, se trata de ampliarlo mediante la definición del contexto dentro del cual se desarrolla... Debemos abrirnos a un contexto que como tal, no estará incluido en la definición del problema, sino que surgirá al

*pensarlo fuera de sus límites, pensarlo con base en sus relaciones posibles, según la exigencia de articulación*¹.

Lo anterior implica el análisis de las interconexiones que se dan entre los recortes de realidad que proponen los conceptos estudiados en éste capítulo. Desde esta perspectiva, los conceptos teóricos se encuentran privados de su función explicativa, "suspendiendo las relaciones de determinación, y haciendo necesario vincular los conceptos a través de relaciones posibles"².

Para la conceptualización que sustenta esta investigación expondré, según mi criterio los recortes de a la realidad que me lleven a reconstruir el significado de la relación de la enfermera con el paciente.

Lo anterior implica que aunque se hará una descripción de algunos conceptos de *Jacobo Levi Moreno*³ y se buscará su relación con mi objeto de investigación, ésta revisión no será profunda, labor muy interesante pero que me alejaría de mis objetivos, además de que existen excelentes trabajos donde se abordan estos desarrollos.

1.1 EL ROL.

Para *Jacobo Levi Moreno* el rol es definido de la siguiente manera:

El rol puede ser identificado con las formas reales y perceptibles que asume. Por lo tanto, definimos al rol como la forma operativa que el individuo asume en el momento específico en que reacciona a una situación específica en la cual están involucradas otras personas y objetos. A la representación simbólica de esta forma operativa percibida por el individuo y los demás se le llama rol. La forma se crea por las experiencias pasadas y por los

¹ Zelman, H. *Conocimiento y sujetos sociales* p. 50

² *Ibid.* p. 40

³ Jacob Levi Moreno es el creador de la Psicoterapia de grupo; la Sociometría; y los métodos de acción para la intervención grupal como: el Psicodrama, el Sociodrama, la Sociometría en acción, el Rol playing, la inversión de rol, etc. Nace el 18 de Mayo de 1889 en Bucarest (Rumania) en una familia de origen judío, y muere el 14 de Mayo de 1974 en Beacon (New York).

*modelos culturales de la sociedad en la que la persona vive, y es enriquecido por las características específicas de las capacidades productivas de la persona misma. Cada rol contiene una fusión de elementos tanto privados como colectivos. Cada rol presenta dos aspectos, uno privado y uno colectivo*⁴.

Los roles antes que nada tienen una forma precisa gracias a los contornos delineados y reconocibles de lo que están formados, lo cual nos lleva a verlos como entidades con características propias que los hacen diferentes entre ellos. Así, los roles adquieren su verdadero sentido cuando son "representadas" en determinado contexto social.

En este sentido el Yo surge del rol, "los aspectos tangibles de lo que se conoce como yo son los roles en los que él actúa, con la estructura de relaciones de roles en torno de un individuo que es su foco"⁵. Así el yo actúa, se relaciona con los contraroles y roles de otros sujetos (otros yoes). Los aspectos palpables, observables del yo son sus roles. Una parte de este se compone por roles, esa parte la llamamos *átomo social*. Por ejemplo para la enfermera, la parte tangible de su yo puede poseer los siguientes roles: rol de enfermera, rol de madre, de hija, esposa, estudiante, etc.

Esta parte tangible del yo de enfermera tiene una cualidad de relación "con la estructura de relaciones de roles"⁶ que conforman lo tangible del yo de otro individuo (como el paciente).

Según *Moreno* existen tres tipos de roles: los psicosomáticos o fisiológicos (el durmiente, el excretor, el que se alimenta, etc.); los psicodramáticos o psicológicos (fantasmas, hadas, duendes); y los sociales (enfermera, paciente, padre, médico, policía, etc.).

⁴ Moreno, J. L. "The role concept: a bridge between psychiatry and psychology", Apud: *American Journal of Psychiatry* p. 520

⁵ Moreno, J. L., Op. Cit. p.VII.

⁶ Idem.

En el desarrollo del sujeto, los roles psicósomáticos son los primeros en hacer presencia; comprendiendo acciones fisiológicas indispensables para el cuerpo humano. Surgen en un periodo llamado *Matriz de identidad total diferenciada*; es decir, cuando en el mundo infantil los objetos y los individuos sean reales o imaginarios son diferenciados entre sí, pero son considerados igualmente reales.

En el adulto los roles psicósomáticos tienen un grado de acción más limitado respecto a los otros dos tipos de roles, siguen presentes, pues sus funciones son vitales para mantener el organismo funcionando.

Los roles psicodramáticos se relacionan con acciones en el mundo psíquico, la fantasía y la imaginación. Lo cual significa *que el otro (paciente) sólo tiene la función de elemento que recibe y regresa la proyección de la actividad fantástica generada por el que está ejerciendo el rol (enfermera) en la interacción.*

Su función es *permitir al sujeto relacionarse con lo que esta fuera de sí protegiendo el propio mundo interno, permitiendo al mismo tiempo tanto la expresión de los propios contenidos mentales, como la protección frente al riesgo de desorientación o devastación derivada de su interacción con el ambiente.*

Por su parte los roles sociales tienen como objetivo experimentar la dimensión social construida por todos, son funciones desempeñadas en la realidad social.

Ambos surgen de un estado llamado *segundo universo*. Donde, en un principio el mundo infantil no distingue lo real de lo irreal en los objetos e individuos, después, "el niño comienza a desarrollar dos caminos emocionales – uno irreal y otro real -. De la división del *primer universo* en fenómenos reales y ficticios, surgen gradualmente un mundo social y un mundo de la

fantasía (...). Emergen ahora formas de representar roles que relacionan al niño con personas, cosas y metas en el ambiente real, exterior a él; y a personas, objetos y metas que él imagina están fuera de sí mismo”⁷.

Es usual constatar que los roles se distribuyen en un espectro de combinaciones en las cuales están presentes aspectos considerados como psicodramáticos y sociales.

La causa de lo anterior la encontramos en el paso del primer universo al segundo (la separación de la realidad y fantasía). Al respecto Moreno dice: “El niño comienza a desarrollar dos caminos emocionales en su universo. Pueden correr independientemente sin encontrarse nunca. El niño vivirá entonces en dos dimensiones al mismo tiempo, una real, otra irreal, sin ser perturbado por la división; o puede ser que las dos sendas, A y B, tiendan de tanto en tanto a reunirse, a restablecer de tanto en tanto el *status* original”⁸.

1.1.1 EL ROL SOCIAL DE ENFERMERA Y PACIENTE.

Los roles de enfermera y paciente son sociales porque cuando el paciente oponiéndose al otro (A) enfermera como realidad distinta, definida y perceptible, se vuelve para (A) fuente de conocimiento. Teniendo como base los planteamientos de J. L. Moreno lo anterior significa tener *la función de permitir el desarrollo de la personalidad en un contacto con sujetos distintos de sí, de los cuales es posible adquirir nuevo material tanto emocional como cognitivo.*

El rol social de enfermera⁹ en clínicas, casas de salud y consultorios de primer nivel de atención¹⁰ comprende *“la atención directa a los pacientes, proporcionando servicio en la atención de los procedimientos clínicos señalados*

⁷ Moreno, JL. *Psicodrama*. p.130

⁸ *Ibid.* P. 115

⁹ En esta investigación el término enfermera se utiliza indistintamente del sexo, no significa exclusivamente a un sujeto del sexo femenino, incluye también al sexo masculino, enfermeras y enfermeros.

¹⁰ El primer nivel de atención es esencialmente asistencia sanitaria. En éste nivel se requiere de acciones con tecnología sencilla dirigidas a los principales problemas de salud.

para la consulta médica y para las inmunizaciones, además, localiza casos y contactos de enfermedades transmisibles, continua el estudio, o en su caso, el control de embarazadas y los niños; así mismo participa en la planificación voluntaria; informa sobre los servicios que ofrece el centro de salud, imparte pláticas y realiza demostraciones” ¹¹. En ésta investigación los aspectos relacionales de la enfermera con el paciente son de vital importancia, por lo cual, a continuación se enlista una serie de funciones que en el primer nivel de atención involucran relación con un paciente:

- ◆ *Atender al paciente con calidad y calidez.*
- ◆ *Participar en la atención de enfermería integral al individuo, familia y comunidad; en la promoción para la participación activa de todos los usuarios de los servicios de salud*
- ◆ *Hacer el diagnóstico de salud individual y familiar, aplicando el tratamiento correspondiente y / o derivando el caso según la valoración diagnóstica .*
- ◆ *Planear, ejecutar y evaluar las actividades de enfermería, en la atención integral de la mujer, especialmente en: orientación prenupcial, embarazo, parto y puerperio, detección oportuna de cáncer cérvico uterino y mamario.*
- ◆ *Detección de enfermedades que signifiquen un alto riesgo para el embarazo.*
- ◆ *Planear y llevar acabo el control del niño sano en las etapas de recién nacido, lactante, pre-escolar y escolar.*

¹¹ Escamilla, Alicia M. “División del trabajo en la práctica de enfermería”. Apud: *Situación actual y perspectivas de la práctica social de enfermería en México*. p. 43

- *Llevar a cabo el control epidemiológico de las enfermedades transmisibles y hacer la prevención específica de las mismas.*
- *En los ancianos: Prevención de enfermedades degenerativas, rehabilitación psicológica, mental y social.¹²*

En éste sentido el rol social del paciente en el primer nivel de atención se refiere a:

- La persona que presenta una lesión o patología que no pone en peligro su vida y está recibiendo algún tipo de atención médica.
- El permitir la atención del personal especializado.

Por otro lado, el rol social de enfermera en hospitales¹³ de segundo y tercer nivel de atención¹⁴ se divide en dos categorías: El normativo – directivo y el operativo; para los fines de ésta investigación se omitirá la primera categoría pues mi interés se enfocará a ámbitos relacionales de la enfermera con pacientes y no a aspectos administrativos.

En cuanto a las funciones operativas de la enfermera; estas abarcan la atención directa a pacientes “tanto a niños, en las diversas etapas de su crecimiento y desarrollo como a los adultos en diversas condiciones y estados

¹² Reyes D, Emma. “Tendencias del Status Socio-económico y participación de las profesionales de enfermería” Apud: *Ibid.*, pp133-135

¹³ Es el centro de referencia y adiestramiento en una jurisdicción de salud, sus actividades comprenden: Vigilancia epidemiológica, planificación familiar, atención de pacientes ambulatorios y hospitalizados, con énfasis en la atención de urgencias, rehabilitación de pacientes y colaboración en actividades de investigación y formación de recursos humanos.

¹⁴ El segundo nivel integra un conjunto de recursos debidamente organizados para atender y resolver los problemas médico quirúrgicos que se presentan. Por otro lado, el tercer nivel tiene como objetivos proporcionar atención de alta especialidad tributarios de una tecnología muy especializada, participar en investigaciones biomédicas y de salud pública y en la formación de especialistas de alto nivel.

de salud complejos, en instituciones de salud que prestan los servicios básicos de forma ambulatoria y de hospitalización”¹⁵.

Por lo tanto, el rol de enfermera o enfermero en su forma operativa, dentro de hospitales de segundo y tercer nivel de atención, comprende las siguientes acciones:

- ◆ *Atención con calidad y calidez al paciente.*
- ◆ *Identificación de necesidades y condiciones del individuo y su familia para la identificación del diagnóstico.*
- ◆ *Registro de datos producto de las observaciones.*
- ◆ *Hacer el diagnóstico de enfermería y proporcionar la asistencia indicada.*
- ◆ *Participar en las medidas necesarias para llegar al diagnóstico médico.*
- ◆ *Preparar el plan de atención individual o colectivo a partir del diagnóstico médico y de enfermería.*
- ◆ *Preparar a los pacientes para las medidas de diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico.*
- ◆ *Aplicar las medidas terapéuticas generales que incluye: Admisión de medicamentos para uso oral y parenteral, signos vitales, irrigaciones, etc., así como tratamientos especializados.*
- ◆ *Colaborar con el tratamiento médico de mayor complejidad.*
- ◆ *Participar en la preparación del plan de alta y orientar al paciente y su familia para su seguimiento.*

¹⁵ Pérez D., Gabriela. “División del trabajo en la práctica de enfermería. Papel que compete a la enfermera en los programas de atención a la salud de segundo y tercer nivel. Apud: *Situación actual y perspectivas de la práctica social de enfermería en México*. P. 50

- *Proporcionar orientación al individuo y su familia para su propio cuidado dentro y fuera del hospital.*
- *Cuidar y mantener la higiene, la comodidad del paciente y del medio ambiente, además de proporcionarle al paciente seguridad y bienestar físico y mental.*
- *Participar en la aplicación de medidas para la rehabilitación del paciente y su reincorporación al hogar.*
- *Planear y ejecutar la atención de enfermería a pacientes ambulatorios con procedimientos que deben ser realizados en las diversas especialidades.*
- *Participar en el tratamiento de pacientes referidos del tercer nivel.*
- *Participar en el manejo de parto y la atención de la madre y el niño en las etapas pre y post- natal.*
- *La utilización de tecnología especializada para atender las necesidades de pacientes con problemas de salud de mayor complejidad, tanto de diagnóstico como de tratamiento ¹⁶.*

Así, el rol social de paciente en hospitales de segundo y tercer nivel de atención se refiere a:

- La persona que requiere atención especializada, ya sea ambulatoria u hospitalaria, en las cuatro grandes ramas de la medicina: Medicina interna, Cirugía, Gineco-obstetricia, Pediatría, y otras subespecialidades.
- El permitir la atención optima del personal especializado.

¹⁶ Pérez D, Gabriela. Op. Cit.pp 54-58

- ◆ El individuo que presenta una lesión o patología que pone en peligro su vida y está recibiendo algún tipo de atención médica.

1.2. EL ROL Y CONTRAROL EN LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE.

Los individuos no son seres aislados, son siempre y desde un principio sujetos sociales; por lo cual, el rol no puede presentarse de manera unipolar, cada rol se involucra con otro rol en una complementariedad transformándose en una bipolaridad, el rol siempre requiere de estas dos entidades interactuando.

Al respecto escribe *J. L. Moreno*:

" Cada individuo del mismo modo que constituye el foco de numerosas atracciones y rechazos, aparece también como el foco de numerosos roles que estén relacionados con los roles de otras personas. Cada individuo, del mismo modo que cuenta siempre con un conjunto de amigos y enemigos, tiene también un repertorio de roles y se enfrenta también con un repertorio de roles correspondientes a los suyos, o contra-roles"¹⁷.

" Todo individuo (...) se ve a sí mismo en una variedad de roles y ve a otros en torno suyo en una variedad de contraroles. Se hallan en diversas fases del desarrollo. Los aspectos tangibles de lo que se conoce como 'Yo' son los roles en los que él actúa, con la estructura de relaciones de roles en torno de un individuo que es su foco"¹⁸.

¹⁷ Moreno, J. L. *Psicomúsica y Sociodrama*. Pp. 126-127

¹⁸ Moreno, J. L. Op. Cit. p. VI-VII

La relación enfermera - paciente esta compuesta por el rol de enfermera y el rol de paciente. El rol siempre requiere de dos entidades que interactuando crean una relación.

Cada entidad de la interacción, en este caso el rol de enfermera y el rol de paciente, recibe el término de "rol" o "contrarol". Para esta situación el "rol" se le puede atribuir a la polaridad en la cual se encuentra aquel que toma, desde su punto de vista, la relación y la representa. Mientras el "contrarol" se refiere al elemento que hace el "otro". Frecuentemente tal punto de vista se puede colocar tanto en una como en otra polaridad: en este caso los términos 'rol' y 'contrarol' resultan simétricos e intercambiables; (...) algunas veces, sólo una polaridad resulta adecuada para contener el punto de vista de la relación. Así, la relación enfermera - paciente puede ser traducida en estos términos, donde el "rol" y "contrarol" estarán determinados por la situación en la cual se encuentre el paciente al momento de interactuar con la enfermera.

1.3. LOS ROLES DE ENFERMERA Y PACIENTE COMO REPRESENTACIÓN MENTAL.

Para *J. L. Moreno* el rol implica tanto una forma operativa como su representación simbólica. La enfermera y el paciente al vivir su interacción están involucrados en su totalidad psicocorporal; "para lograr construir una representación mental, el individuo no puede estar absorbido totalmente en el acto relacional, pues debe concederse el espacio suficiente para la reflexión. Sólo con esta condición la mente puede organizar y dar forma a las múltiples informaciones en las cuales se encuentra sumergida"¹⁹.

La representación simbólica implica la transformación del rol de enfermera o paciente en imagen mental; esto conlleva la reflexión. Para *J. L. Moreno*, en la persona hay una parte actora y otra reflexiva; el proceso

¹⁹ Boria, G. *Lo psicodramma classico*. p 27.

reflexivo puesto en marcha tanto en la enfermera como en el paciente es complicado, pues al interactuar se encuentran viviendo la situación. "Ellos deben sustraerse a la participación total en la relación para registrar lo sucedido y casi desdoblarse; permitir a una parte de su mente, aquella predispuesta a la reflexión, descentrarse para observar, registrar, componer o descomponer, descifrar lo que la parte en acción esta realizando. El resultado de ésta operación es enfocar, por parte de la enfermera o el paciente el propio rol en la específica situación relacional. Lo anterior es el punto conclusivo de una tarea particularmente observable, pues requiere mantener activos al mismo tiempo, dos registros completamente distintos: el de la acción y el de la reflexión"²⁰.

Una de las cualidades encontradas por *Giovanni Boria* ²¹ en ésta forma de llegar a la representación mental del rol de enfermera o paciente se debe a que: cuando la persona logra entrecruzar acción y reflexión, llega a tener un reconocimiento inmediato de sí misma, evidente, intuitivo, en el cual no hay lugar para la introducción de los usuales mecanismos de distorsión, como la proyección ("la transferencia de un sentimiento individual generalmente ideal en otro individuo"²²) o la negación.

"El *yo*, cuando logra descentrarse y volverse observador de sí mismo, permite la canalización de la experiencia que se va desvaneciendo en la acción - sin filtros deformadores - hacia la reflexión, conservando la vivacidad de los contenidos emotivos"²³. La enfermera al sentir la experiencia dolorosa en un paciente (*yo - actor*) pone en juego su parte reflexiva (*yo - observador*). Ésta experiencia llega viva, en toda su intensidad al registro de lo reflexivo, el cual

²⁰ Ibid. p.28.

²¹ Alumno italiano de Jacob levi Moreno, de Zerka Moreno (esposa y colaboradora de J. L. Moreno) y de Johnatan Fox (creador del Play Back Theater).

²² Moreno, J. L. Op. cit . P.186.

²³ Boria, G. Op. Cit. P 28.

la vive, la siente y comprende, lo conoce. Además de que se logran identificar los sentimientos y emociones que mueve en el interior al ver a un paciente en estado crítico (*por ejemplo*), viviéndolos y teniéndolos presentes como algo propio.

En este punto es importante el concepto de "dato"; este se refiere: "al acontecimiento externo o la experiencia vivida por el yo - actor (de la enfermera o paciente grave) colocado en una de las dos polaridades de la relación" ²⁴. La experiencia dolorosa de atención a un paciente accidentado vivida por la enfermera es "dato"; una experiencia vivida por su yo - actor. "Lo cual constituye para la enfermera un vínculo en consecuencia del cual la representación producida no es una creación fantástica, sino el resultado de un proceso perceptivo - cognitivo"²⁵.

El vínculo con el "dato" posibilita que el dolor del paciente (*por ejemplo*) sea vivido por la enfermera, alcanzándolo a comprender por su yo - reflexivo; evitando deformaciones en la comprensión y el sentimiento real del paciente o de la enfermera. La existencia del vínculo posibilitará a la parte reflexiva la creación de una representación mental del rol de enfermera más real respecto al sentir del paciente (tele) ; donde no sea una creación irreal (transferencial).

Además de la anterior forma de representar el rol existen otras, "las cuales son más independientes, o del todo independientes de algo que es 'dato'. El individuo de hecho puede representar su rol, también a través de otros procesos mentales. Puede construirse las imágenes con la prevaleciente contribución de recuerdos fijados en la memoria: en éste caso la deformabilidad del recuerdo debilita el vínculo aún sin eliminarlo; o puede

²⁴ Ibid. p. 30

²⁵ Ibid. pp. 30 - 31.

liberarse en la fantasía, construyendo, modificando, cambiando, borrando imágenes en plena libertad creadora”²⁶.

El que la representación del rol de enfermera o paciente sé de pasando del yo - actor a la parte reflexiva (yo - observador); fortalece el vínculo y elimina mecanismos de distorsión, no se presenta de manera pura. “Todas las distinciones operadas sobre los contenidos mentales, que tienden a distinguir en ellos lo producido automáticamente por el individuo y lo resultante de requerimientos o mecanismos imprescindibles resultan muy difusas. La mente, tiende a generar algunas combinaciones en las cuales se mezclan automáticamente elementos perceptivos, mnesicos, imaginativos; produciendo síntesis representativas entre elementos de diferente proveniencia”²⁷.

Los caminos que se seguirán para representar el rol en la interacción enfermera - paciente dependen en alguna medida de la experiencia de laborar en un ambiente donde la enfermedad, el dolor y la muerte son cotidianos, así como de aspectos personales vividos por la enfermera o el paciente.

1.4. LO PRIVADO Y COLECTIVO EN EL ROL DE ENFERMERA Y PACIENTE.

El rol tiene dos dimensiones, una privada y otra colectiva. “Cada rol aparece como una fusión de elementos individuales y colectivos; resultado de dos clases de factores: sus denominadores colectivos y sus diferenciaciones individuales”²⁸.

En la dimensión privada el rol de enfermera o paciente adquiere sentido cuando es encarnado por una persona. La persona posee su propia historia, ha vivido en diversos grupos, lo cual implica la experimentación de múltiples relaciones con otros sujetos de momentos pasados (padre, abuelos,

²⁶ Ibid. p. 31.

²⁷ Idem..

²⁸ Moreno, J.L. *Fundamentos de la sociometría*, p.69.

compañeros de escuela, de trabajo, hermanos, hijos, etc.) que se dan en términos de rol y contrarol. Al relacionarse la enfermera o el paciente actual con sus padres tenía el rol de hijo, al relacionarse con sus abuelos el rol de nieto, en la escuela el de alumno, en el trabajo el de obrero, etc. Las anteriores relaciones de rol y contrarol (a manera de atracción o rechazo al sujeto) implican un conjunto de representaciones de rol en forma de recuerdos almacenados en la memoria, su carga emotiva se presenta en matices que van de lo doloroso a la felicidad.

"La manera particular por la cual cada rol se realiza es expresión de aprendizajes relacionales que cada individuo agente vive hasta cierto momento de su historia (...). Cada individuo, poseedor de cierto bagaje de experiencias pasadas y participante de la cultura de su grupo tiene dentro de sí almacenada una amplia gama de imágenes de rol, acumuladas en su memoria como consecuencia de infinitas relaciones interpersonales vividas"²⁹.

Por lo tanto, las representaciones del rol de enfermera o paciente presentes en el momento de la relación estarán en algunos aspectos determinadas por la forma en la cual se han vivido las relaciones pasadas.

En su dimensión colectiva, el rol de enfermera y paciente tiene como denominador común las "formas expresivas (culturales) de ciertos grupos (grandes o pequeños: puede tratarse de una etnia, nación, colonia, o de un club)"³⁰, los cuales le confieren diversos matices o contenidos al rol involucrado con sus grupos.

En éste caso el rol de enfermera es matizado por las formas culturales de una infinidad de grupos donde participa, instituciones de salud (públicas o privadas), instituciones educativas donde se imparte la carrera, organizaciones,

²⁹ Boria, G Op.Cit. p.34.

³⁰ Idem.

estados, naciones, la época, etc. Mientras, el rol de paciente es matizado por grupos más variados, pues presenta un mayor rango de amplitud en sus contenidos; como: clase social, nivel educativo, zona donde se habita, religión, institución de salud donde es tratado, edad, país, etc.

No es lo mismo el rol de enfermera de la época colonial al de la actual, sus formas son distintas (antes era ejercido por religiosas y no tenía los adelantos tecnológicos de la actualidad); tampoco el rol de paciente es el mismo de la época prehistórica al siglo XXI (en el primero se relacionaba con aspectos mágicos y en segundo con agentes patógenos).

Entonces, la forma en la cual cada rol se realiza y crea se da por "experiencias pasadas y por modelos culturales de la sociedad en donde la persona habita, y es enriquecido por las características específicas de las capacidades productivas de la persona misma"³¹. Lo cual se basa en que el rol es "actuado" por un individuo o algo con esta cualidad y existe para un fin, tiene una función en lo psicológico, social o fisiológico.

1.5. LA ENFERMERA, YO – AUXILIAR DEL PACIENTE.

El mundo auxiliar es una parte del mundo social cuya función está dedicada a cubrir las necesidades sociales, fisiológicas y psicológicas de los sujetos desde antes de nacer.

"Una parte esencial del ámbito social es llamada por Moreno 'mundo auxiliar': éste tiene su primer representante (en el sentido tanto de temporalidad como de esencialidad) a la figura materna; está poblado por todas las personas que han tenido y tienen alguna función de nutrición y de apoyo a lo largo de toda la existencia del individuo. El 'mundo auxiliar' proporciona la experiencia subjetiva de sentirse provisto de funciones esenciales,

³¹ Moreno, Jacobo L. Op. Cit.

*ofrecidas por el otro, el cual sustenta, incrementa y reestablece el sentido se sí*³².

Los cuidados de la enfermera al paciente forman parte del mundo auxiliar que éste último experimenta en su estancia en el consultorio, la clínica y el hospital. La enfermera puede ser yo-auxiliar del paciente porque: El paciente es incapaz de resolver el conflicto entre él y la enfermedad, el accidente, la muerte, etc. Es claro que necesita ayuda. En el ámbito clínico – hospitalario ésta es proporcionada no sólo por la enfermera, sino que también por los demás miembros del equipo de salud, en el transito de la enfermedad o accidente a la recuperación o prevención. *"El yo-auxiliar es un agente (...), el cual proporciona la asistencia que se necesita"*³³.

Lo anterior significa que la enfermera al interactuar con el paciente debería reconocerse con él. *"Vivir la subjetividad del paciente e identificarse con todas sus expresiones, en cuanto lo permitan las limitaciones orgánicas, es la primera función del yo-auxiliar"*³⁴. Pero: *"Ni siquiera la mejor técnica de yo-auxiliar puede operar satisfactoriamente si el yo-auxiliar y el yo del paciente no armonizan"*³⁵.

Aunque se hable de una identificación total de la enfermera con el paciente, la simbiosis no es posible. Se trata de dos entidades psicocorporales distintas y separadas, por un lado la enfermera, por el otro, el paciente; más bien es una funcionalidad, el poder estar unidos en la identificación les permite la cualidad de individuación.

"La situación de personal del yo-auxiliar (enfermera) tiene que ser distinguida de su función. Por mucho que se haya convertido en auxiliar, por profundamente que se aproxime al ideal de unificación ,

³² Boria, G. Op. Cit. p 43

³³ Moreno, J. L. Op. Cit. p.316

³⁴ *Ibíd.* p 318

³⁵ *Ibíd.* p 321

la unidad nunca es completa, debido a limitaciones orgánicas y psicológicas.(...) Por lo tanto, la función del yo-auxiliar es lograr la unidad con una persona, absorber los deseos y necesidades del paciente, y operar en su beneficio sin poder, sin embargo, hacerse idéntico a él " 36.

El anterior proceso es necesario para que la enfermera como yo-auxiliar pueda realizar mejor los cuidados al paciente. *"El yo-auxiliar puede beneficiarse con la distancia que hay entre sí mismo y la persona auxiliada. Dado que en el proceso de unificación emplea sólo una parte del yo, la otra parte de él está libre para actuar en interés de la otra persona, más allá de lo que puede hacer por sí misma"*³⁷.

1.6. EL MUNDO INTERNO EN ÉSTA RELACIÓN.

El mundo interno es un espacio psicológico "donde se van descomponiendo y componiendo incesantemente las representaciones mentales de los roles (...), éstas constituyen la realidad subjetiva de cada cual y expresan nuestro ser en el mundo. El mundo interno contiene las representaciones de rol actualmente presentes en la conciencia y todas las otras no presentes pero acumuladas en los depósitos de la memoria" ³⁸.

La enfermera y el paciente al ser niños viven en un universo indiferenciado, en su primera etapa, llamado *matriz de identidad total*. En este estado no hay diferencia de lo interno a lo externo, el yo y el tú no han aparecido. "En los primeros días de vida, el niño experimenta a todos los objetos y personas como coexistentes con él, pertenecientes a él, o a él mismo como coexistente con ellos o perteneciente a ellos" ³⁹. Todo se funde en la unidad del acto.

³⁶ Ibid. p 324

³⁷ Idem.

³⁸ Ibid. p.44.

³⁹ Ibid. p.101.

La relación de todos y cada uno de los elementos anteriores conforma el primer proceso de aprendizaje emotivo del niño. "A medida que el niño se hace más autónomo, o sea, se desarrolla cierto grado de autoiniciación en una función tras otra, tales como la alimentación (...) o la locomoción" ⁴⁰; surgen cambios en ése primer universo.

De la *matriz de identidad total* se pasa a la *matriz de identidad total diferenciada*. "Donde para el niño los individuos y los objetos sean reales o imaginarios son diferenciados entre sí como unidades que actúan separadamente, pero se los considera igualmente reales, como individuos reales y objetos reales" ⁴¹. Es en ése momento donde se comienza a presentar la cualidad de diferenciar las cosas. Desde aquí se comenzará a conformar el mundo interno de la enfermera y el paciente. Éste es un componente de la dimensión privada del rol de enfermera o paciente; mientras el mundo externo forma parte de la estructura social donde estos sujetos pertenecen.

El mundo interno es histórico, tiene un principio y un fin (inicia con la *matriz de identidad total diferenciada* y termina con la muerte). En el transcurso de su vida la enfermera ha pertenecido a diferentes grupos (como: la familia, el jardín de niños, la primaria, la secundaria, la escuela de enfermeras, el trabajo, etc.). Los cuales están compuestos de personas (Moreno los llama *átomos sociales*) con los cuales la enfermera se ha ido relacionando en términos rol / contrarol (cuando fue niña perteneció a una familia, teniendo el rol de hija se relacionaba con su papá en el contrarol de padre).

"En el continuo flujo representativo de la vida mental de la enfermera o paciente distinguimos algunas representaciones de rol referentes a otros significativos, los cuales se presentan como 'objetos' habitando en la

⁴⁰ Ibid. p. 105

⁴¹ Ibid. p.118.

interioridad de cada quien, con la función de organizar alrededor de sí parte de nuestra carga afectiva (la cual puede reconducirse en sus formas paradigmáticas, a sentimientos de amor – atracción o de odio – repulsión). Contribuyendo así a determinar un ‘sentimiento de sí’ que encuentra su lugar entre el polo afectivo de la integración – estabilidad – seguridad (expresión de suficiente experiencia de un *mundo auxiliar*) y aquel de la desintegración – inestabilidad – angustia (manifestación de insuficiente experiencia del *mundo auxiliar*)”⁴².

Lo anterior es posible pues el mundo interno es una entidad psicológica donde se mueven dinámicamente las representaciones de roles. Especialmente las que se dieron con personas significativas (como: padre, madre, abuela, novia, maestro, etc.); en ellos queda cierto sentimiento, parte de nuestra carga afectiva.

Por otro lado tenemos al mundo social, este es “el contexto en el cual cada uno de nosotros encuentra la realidad constituida por los demás. En este la enfermera actúa sus roles en interacción con quien se coloca respecto a ella en posición de contrarol”⁴³ formando una red de interacciones. Una de las funciones más importantes del mundo social es la de auxiliar, cubrir las necesidades de apoyo, ayuda, socorro y amparo en la enfermera o el paciente.

1.7 EL TELE Y LA TRANSFERENCIA EN LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE.

La transferencia comúnmente es entendida como la acción de transferir, esto es pasar o llevar algo de un lugar a otro. Para Moreno la transferencia es “el desarrollo de fantasías (inconscientes) que el *paciente* proyecta sobre el

⁴² Idem.

⁴³ Ibid. p.43.

terapeuta atribuyéndole una cierta fascinación”⁴⁴. Lo anterior se presenta en la relación psicoterapeuta – paciente, pero la transferencia es un fenómeno interpersonal. Si cambio los términos de la anterior definición obtengo el significado de contratransferencia. “Es el desarrollo de fantasías (inconscientes) que el psicoterapeuta proyecta sobre el paciente otorgándole cierta fascinación”. Observo al psicoterapeuta y al sujeto como capaces de crear fantasías inconscientes, no existe razón alguna para bloquear este proceso en el médico, es una transferencia en ambos sentidos.

Al respecto Moreno dice:

“ Contratransferencia es una definición errónea; se trata en realidad de una transferencia en ambos sentidos. Una situación tranferencial en ambas direcciones, una situación en dos vías. La transferencia es un fenómeno interpersonal ”⁴⁵.

Si llevo lo anterior a la relación enfermera – paciente obtengo la posibilidad de fenómenos transferenciales en ambos componentes de la interacción (del paciente a la enfermera y viceversa). Es posible exportar estos fenómenos de su contexto original (relación psicoterapeuta – paciente) debido a su presencia en los sujetos y tipos de relaciones.

“ Un proceso similar (al de la situación psicoterapéutica) puede existir entre dos amantes. La mujer puede proyectar en su amor a primera vista la idea que él sea un héroe o posea una mente genial. Él, por su parte, puede ver en ella la mujer de sus sueños, la cual siempre ha deseado encontrar. Esto es transferencia recíproca. ¿Cuál es la diferencia de la relación psicoterapeuta – paciente a esta?”⁴⁶.

⁴⁴ Moreno, J. L., “Interpersonal therapy and the psychopathology of interpersonal relation” en: *Sociometry*. Apud: Moreno J. L. *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. p. 14

⁴⁵ Ibid, p. 13

⁴⁶ Ibid, p.14

Lo de fondo es el planteamiento moreniano de rol como una entidad compuesta por dos dimensiones, una privada y otra colectiva. Ni el rol de psicoterapeuta, el de enfermera, de paciente, de amante, etc. escapan a esa cualidad.

Dice Moreno:

*La transferencia puede ser considerada en términos de rol y contrarol. Lo cual significa que " el terapeuta representa para el paciente un rol paterno, materno, **de hombre sabio, de hombre modelo**, etc. El terapeuta, por su parte, puede ubicar al paciente dentro de un rol complementario"⁴⁷.*

Por lo cual, para la enfermera el paciente *puede* representar un rol de hijo, padre, hermano y para el paciente la enfermera como el rol de madre, hermana, etc.

En la relación del paciente con el psicoterapeuta se presenta "otro proceso el cual tiene lugar dentro de esa parte de su yo que no es afectada por la autosugestión. Con ello evalúa al psicoterapeuta y percibe intuitivamente la clase de hombre. Estas intuiciones de la conducta inmediata del terapeuta –física, mental u otra – son relaciones Tele (del griego lejos, influencia a distancia). Es la percepción interna de los individuos"⁴⁸.

La transferencia refleja la percepción irreal de una persona hacia otra. El tele, representa la correcta valoración intuitiva de una persona hacia la realidad de otra.

Por otro lado, la transferencia puede conducir también al tele, los factores tele que pueden seguir a una relación de transferencial, proporcionan una fuerza de cohesión eficaz, donde se estimula una relación estable y duradera

⁴⁷ Moreno, J. L. Y Moreno, Zerka. . *Gli Spazio dello Psicodrama* p. 17

⁴⁸ Moreno, J. L.Op. cit. p.XIII – XIV.

“La relación de tele puede ser considerada un proceso interpersonal general, del cual la transferenciales una consecuencia psicopatológica particular”⁴⁹.

1.8. EL ENCUENTRO EN LA RELACIÓN ENFERMERA – PACIENTE.

El encuentro para *Jacob Levi Moreno* es el nivel más intenso en la interacción de los seres humanos, su presencia en la relación enfermera - paciente implica profundidad. *Significa que dos o más personas se encuentran, pero no solamente para ponerse una frente a la otra, sino para vivirse y experimentarse mutuamente. En un encuentro las dos personas están presentes en el espacio, con todas sus fuerzas y debilidades, dos actores humanos que hierven de espontaneidad.*

Podríamos pensar que el encuentro en la relación enfermera – paciente es como la situación donde están de frente, se ven, se saludan, la enfermera pregunta “-¿Cómo se siente?”, el paciente responde “- bien”, aplica sus técnicas a la perfección, platican de la familia, se le informa la situación de su salud, la enfermera es muy amable, sonrían, y se despiden. Pero es mucho más, encuentro significa:

“... estar juntos, encontrarse, tocarse dos cuerpos, ver y observar, palpar, sentir, compartir y amar, comunicación mutua, conocimiento intuitivo mediante el silencio o el movimiento, la palabra o el gesto, el beso o el abrazo, unificarse (...). Abarca, (...) no sólo las relaciones amistosas, sino también las hostiles y amenazadoras: enfrentarse uno a otro, actuar en contra, reñir...”⁵⁰.

Como vemos va más allá de una simple interacción, involucra la dimensión humana, intensa de la enfermera y al paciente en el aquí y el ahora.

⁴⁹ Moreno J. L., Op. Cit. p.75. Apud: Moreno, J. L. Y Moreno, Zerka. Op. Cit., p. 51

El encuentro no implica:

*" un contacto limitado, como la reunión profesional de un médico, una enfermera o un psicoterapeuta con el paciente; ni un contacto meramente intelectual, como entre el maestro y el discípulo; ni un contacto científico, como el existente entre un observador y su objeto. Los participantes no se ven forzados por un agente exterior a entrar en esta situación; están ahí porque quieren estar ahí "*⁵¹.

En muchas ocasiones, como la enfermera sabe que en su rol debe ser amable con los pacientes, les muestra una sonrisa, pero por dentro piensa "sí este paciente supiera como me molesta atenderlo". Al respecto, "el encuentro no debe estar ni construido, ni planeado, ni examinado; tiene lugar bajo la égida del instante (...), el encuentro vive en el aquí y el ahora. (...) Se mueve del yo al tú y del tú al yo"⁵².

El encuentro no sólo implica los aspectos de atracción sino también de rechazo, "la palabra encuentro tiene por raíz 'contra'. Abarca, por consiguiente, no sólo las relaciones amistosas, sino también las hostiles y amenazadoras"⁵³.

Como vemos, encuentro indica la vivencia y la experiencia entre dos o más personas, la cual no debe entenderse únicamente como una relación unilateral o bilateral, llámese afectiva, intelectual o científica. Es la unión o reunión en un grado máximo e intenso de comunicación. Las personas se encuentran en la misma frecuencia (espacio - tiempo), con todas sus virtudes y debilidades, no en el pasado lejano o en el futuro (...), sino en el "aquí y el ahora", rebosante de espontaneidad.

"La palabra alemana *Begegnung* que ha sido traducida por encuentro significa además de contacto corporal, confrontación, ver y percibir, compartir

⁵⁰ Moreno, J.L. *Psicoterapia de grupo y psicodrama*.p.81

⁵¹ Idem.

⁵² Ibid.pp.81 - 82.

⁵³ Moreno, J.L. Op. Cit.p.81.

y amar, volverse uno sólo”⁵⁴; a este tipo de encuentro Moreno lo llama primario (esencial). Pero “le parece inaceptable el encuentro secundario establecido entre el autor de un libro y su lector, pues no puede haber encuentro entre un ser humano y una conserva cultural”⁵⁵. Por ello, el encuentro de la enfermera y el paciente sobrepasa el constructo del rol, pues el rol es una conserva cultural, es un producto terminado del esfuerzo social creativo. “El encuentro entre autor - lector, orador - oyente, enfermera – paciente, no es sino un encuentro unilateral, cada quien en su rol, no puede ser considerado un verdadero encuentro entre dos personas”⁵⁶.

Moreno consideraba diversos niveles de encuentro, “en los niveles más bajos estarían los encuentros cotidianos; mientras (...) en el más alto el encuentro existencial, un encuentro extático, el cual no se da sino una o dos veces en la vida, (...) este puede ocurrir con una persona, con la naturaleza, o con la religión, como la expresión más profunda de la comunicación”⁵⁷. Dentro de la interacción enfermera – paciente creo que es posible la presencia de los dos niveles de encuentro, como vimos él va más allá de los roles.

En 1914 Moreno escribe el histórico *“Einladung zu einer Begegnung”* (Invitación a un encuentro) publicado en Viena. En él Moreno plasma todo el sentido de su concepción de encuentro; dentro de ese texto el siguiente fragmento resulta significativo para el caso de la relación enfermera – paciente:

“...Un encuentro de dos: ojo a ojo, cara a cara.

Y cuando estés cerca arrancaré tus ojos

y los colocaré en el lugar de los míos ,

y tú arrancarás mis ojos

⁵⁴ Moreno, J.L. *El psicodrama. Terapia de acción y principios de su práctica.* p.38.

⁵⁵ Ibid.p.97.

⁵⁶ Ibid.p.98 (lo de enfermera - paciente es mío)

⁵⁷ Moreno, J.L. Op. Cit.p.41..

*y los colocarás en el lugar de los tuyos,
entonces te miraré con tus ojos
y tú me mirarás con los míos... ”⁵⁸*

*”En el encuentro la persona se abre al otro para hacerlo
partícipe de su propio mundo y acoger –con modalidad recíproca- el
mundo del otro ”⁵⁹*

1.9. LOS FACTORES ESPONTANEIDAD CREATIVIDAD EN ÉSTA RELACIÓN.

Existen tres formas de ejecutar el rol de enfermera (de acuerdo a la presencia de espontaneidad y creatividad en ellos): el rol asumido (estereotipado, donde la espontaneidad se encuentra aplastada), el rol desempeñado (donde existe cierta tendencia a lo espontáneo y creativo).

Las desviaciones entre el rol asumido y el rol desempeñado de enfermera se deben atribuir al factor espontaneidad (e). En el asumido la espontaneidad no se desarrolla mientras en el desempeñado si. La espontaneidad se encuentra ligada funcionalmente “a dos polos dicotómicos : al automatismo y la actividad refleja, por una parte, a la productividad y creatividad, por la otra” ⁶⁰.

La espontaneidad es el eje central de todo el modelo psicodramático. Como la libido en el psicoanálisis. Moreno la define operacionalmente como: “ un transformador y catalizador, una especie de inteligencia que opera ‘aquí y ahora’, *hic et nunc*” ⁶¹; esto es una respuesta adecuada a una situación nueva o una respuesta novedosa a una situación antigua. La parte contraria de la espontaneidad es la ansiedad, esta determina la ausencia de la espontaneidad;

⁵⁸ Moreno, J.L. *Einladung zu einer Begegnung*. p.3. Apud: Moreno, J.L. Op. Cit.p.17.

⁵⁹ Moreno, J.L. Op. Cit. P.17

⁶⁰ Moreno, J.L.Op. cit p.55.

⁶¹ Moreno, J.L. Op. Cit. p.XV.

provoca una respuesta inadecuada a una situación novedosa o una respuesta estereotipada a una situación avezada.

La espontaneidad no es una energía; por su carácter imprevisto de "aquí y ahora" se crea y se destruye en ese instante. "Sólo puede surgir súbitamente y se gasta en un instante, debe agotarse para dejar el campo libre a una nueva emergencia" ⁶².

La espontaneidad es un catalizador, el cual opera sólo en el momento de su presencia en "*hic et nunc*". Así, el catalizador es la espontaneidad, la cual acelera la acción de la creatividad, pero que al final permanece inalterada. Estas son las cualidades mencionadas por Moreno, "el individuo no está dotado de una reserva de espontaneidad, en el sentido de un volumen o cantidad dados, estables. Se dispone (o no) de ella en grados variables, desde cero al máximo (...)" ⁶³.

Existe cierta relación entre la espontaneidad y la creatividad, esta es de complementariedad mutua. Estas "aparecen como perteneciendo a categorías diferentes; la creatividad pertenece a la categoría de sustancia - es la archisustancia - , la espontaneidad a la (...) de los catalizadores - es el archicatalizador - " ⁶⁴. Es conveniente hacer notar cierta diferencia entre los anteriores procesos; "no son idénticos, ni siquiera semejantes. Representan categorías diferentes, si bien se hallan vinculados entre sí desde un punto de vista estratégico" ⁶⁵.

Así, "sin la espontaneidad la creatividad queda sin vida, esta intensidad viviente crece y disminuye de acuerdo a la espontaneidad. A la inversa, la espontaneidad sin la creatividad permanece vacía y estéril" ⁶⁶.

⁶² Moreno, J.L. Op. Cit.p.58.

⁶³ Ibid.p.57.

⁶⁴ Idem.p.54.

⁶⁵ Ibid.p.53

⁶⁶ Ibid.p.54

En la enfermera "su espontaneidad puede ser diametralmente opuesta a su creatividad" ⁶⁷. Puede poseer la capacidad para reaccionar adecuadamente ante situaciones inesperadas en su trabajo o cualquier otra actividad que realice, pero no encuentra un punto específico sobre el cual manifestarlo. "Por el contrario, otro individuo puede poseer un alto grado de creatividad, pero hallarse desprovisto de toda espontaneidad (e); es un creador 'desarmado' " ⁶⁸.

Por lo tanto, en el trabajo de enfermería y en cualquier situación de la vida cotidiana es importante la adecuada presencia de los factores espontaneidad / creatividad para lograr un mejor desempeño del rol. Cuando la espontaneidad aumenta disminuye la ansiedad (esta es la parte patológica de la espontaneidad).

Al paso del tiempo en el rol de enfermera y paciente se ha olvidado el momento de la creación, permaneciendo el momento de lo terminado, con la función de mantenerse inmutable, configurándose como roles estereotipados . Prefiriéndose atarse a acciones estables conocidas y sepultando la posible emergencia de la espontaneidad. La emergencia de la espontaneidad / creatividad derrumbaría o modificaría esos modelos de manera inesperada, en cualquier sentido y dirección.

En este contexto existen condiciones favorables y desfavorables para la emergencia de la espontaneidad. Un tipo de universo abierto no sólo para los roles de enfermera y paciente sino para todas las situaciones de rol que representan los sujetos, esto es, " un universo en el cual es continuamente posible algún grado de novedad (...) es una condición favorable para la aparición y el desarrollo del factor 'e' (espontaneidad). No podría existir en un universo cerrado a la novedad, esto es, determinado por leyes absolutas. Si

⁶⁷ Ibid.p.53

⁶⁸ Idem.

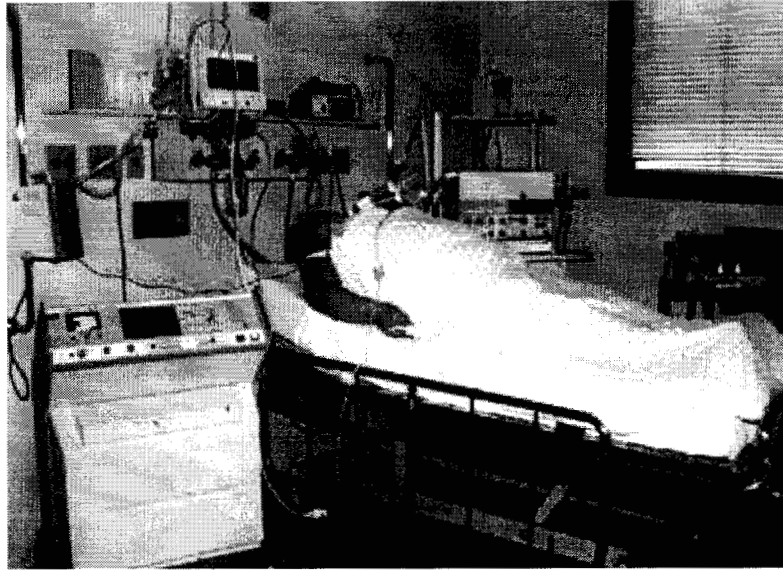
por azar se ubicará a la espontaneidad en ese universo, se deterioraría rápidamente debido a la imposibilidad de su desarrollo y al desuso de su función”⁶⁹.

La espontaneidad junto con la creatividad es el factor que posibilita la frescura, flexibilidad, novedad, vitalidad y fuerza a los fenómenos psicológicos de la enfermera en su interacción con los pacientes en - el presente viviente. -. Es conveniente aclarar que *no todos los momentos del desarrollo de una persona son de espontaneidad; lograr un alto grado de esta significará lograr también la posibilidad de ser Dios Creador.*

⁶⁹ Moreno. J.L. Op. Cit.p133.

2

ESTUDIOS DE CASO SOBRE LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE.



La presente investigación se encuentra fundamentada en la epistemología dialéctico - crítica. Una propuesta fundamentada en la concepción dialéctica del marxismo, la cual reconoce la espiral que va del concreto real al abstracto y de éste al concreto pensado como fuente de conocimiento.

En base a lo anterior es necesario mirar hacia el mundo de los fenómenos externos,

"el objeto en relación de la praxis - conocimiento con el sujeto, este concreto real no sería sino la unidad dialéctica, no identificable, entre objeto y sujeto en relación práctica"¹ .

¹ De la Garza, *El método del concreto-abstracto-concreto*. P. 45

El abordaje de lo concreto real en la relación enfermera - paciente lo he realizado por medio de una serie de observables empíricos, cuya función es propiciar recortes de la realidad y relaciones posibles de articulación para llegar a la reconstrucción articulada de mi objeto de estudio.

Es por ello que en ésta investigación elegí al estudio de caso como procedimiento más idóneo para acercarme a la reconstrucción de lo que sucede en la relación de la enfermera con el paciente.

El estudio de caso es:

" Un análisis en profundidad de un sujeto o un grupo reducido de individuos considerados globalmente. En todo caso se observan Las características de una unidad individual, como por ejemplo un sujeto, una clase, un grupo, un hospital, etc. El propósito consiste en indagar profundamente y analizar intensivamente los fenómenos que constituyen el ciclo vital de la unidad"² .

En la investigación que me ocupa se tomarán como estudio de caso la relación de algunos profesionales de enfermería interactuando con sus pacientes; se trata de enfermeras y enfermeros que laboran en distintas instituciones de salud, pero que se encuentran en servicios donde el contacto con pacientes es común.

En estos estudios de caso, se articulan observables obtenidos de dibujos donde se plasma a la enfermera atendiendo a sus pacientes.

Es importante aclarar que la idea de plasmar por medio de dibujos la relación de roles entre la enfermera y el paciente grave se encuentra en cierto sentido basado dentro de los trabajos de *Karen Machover* y la proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana. Al respecto escribe K. Machover:

² Bisquerra, R. *Métodos de investigación educativa, Guía práctica*. P. 127

" La experiencia amplia y concentrada con los dibujos de la figura humana, indica una íntima unión entre la figura dibujada y la personalidad del individuo que está realizando el dibujo"³.

*"Cuando un individuo intenta resolver el problema contenido en la orden, 'dibuja una persona', él mismo se halla compelido a dibujar partiendo de algunas fuentes. Las figuras externas son demasiado variadas en sus atributos corporales , para prestarse por sí mismas a una representación espontánea, compuesta, objetiva de una persona. En algún momento aparece un procesos de selección que envuelve la identificación a través de la proyección y la introyección. El individuo debe dibujar conscientemente y sin duda inconscientemente, sobre su sistema completo de valores psíquicos. El cuerpo o el propio **yo**, el punto más íntimo de referencia en cualquier actividad"⁴.*

Bajo lo anterior a los sujetos se les pidió que "dibujaran a un profesional de enfermería atendiendo a un paciente". Se les proporcionaron hojas tamaño carta, un lápiz y goma de borrar.

Es importante aclarar que para los fines de ésta investigación no se analizan todos los aspectos de la personalidad que propone K. Machover en su test, sino sólo aquellos tratamientos que me den luz sobre aspectos de contacto social con los otros.

2.1. CASO 1

Se trata de una enfermera general de aproximadamente 37 años que estudió su profesión a nivel técnico en la ENEP - Iztacala de la UNAM; decidió estudiar ésta profesión con el fin de superarse y obtener un mejor empleo. Desde hace un año se encuentra laborando como personal eventual en el

³ Machover, K. *Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana*. P.4

⁴ Idem.

Hospital "1° de Octubre" del ISSSTE en el servicio de "Recuperación" con jornadas de trabajo de 8 horas en el turno vespertino.

En su atención a los pacientes es muy capaz, aplica bien sus técnicas y procedimientos de enfermería, se muestra amable con ellos pero sólo hasta el límite que le confieren las funciones de su rol social, sí se le ordena una acción que no corresponde a las acciones que debe cumplir irrumpe de manera agresiva, por lo que se ha ganado muchos reportes.

Para esta enfermera los pacientes significan:

"que no interesa el estado de gravedad ó causa en la que se encuentre el paciente; lo más importante es brindarle tranquilidad, confianza y cariño al estar con ellos. Tal vez el brindarle cuidados específicos de enfermería no basta, porque muchas veces, cuando un paciente al estar grave el mencionarle que no esta sólo y que todo va ha salir bien. Eso fortalece su animo e interés por la vida..."

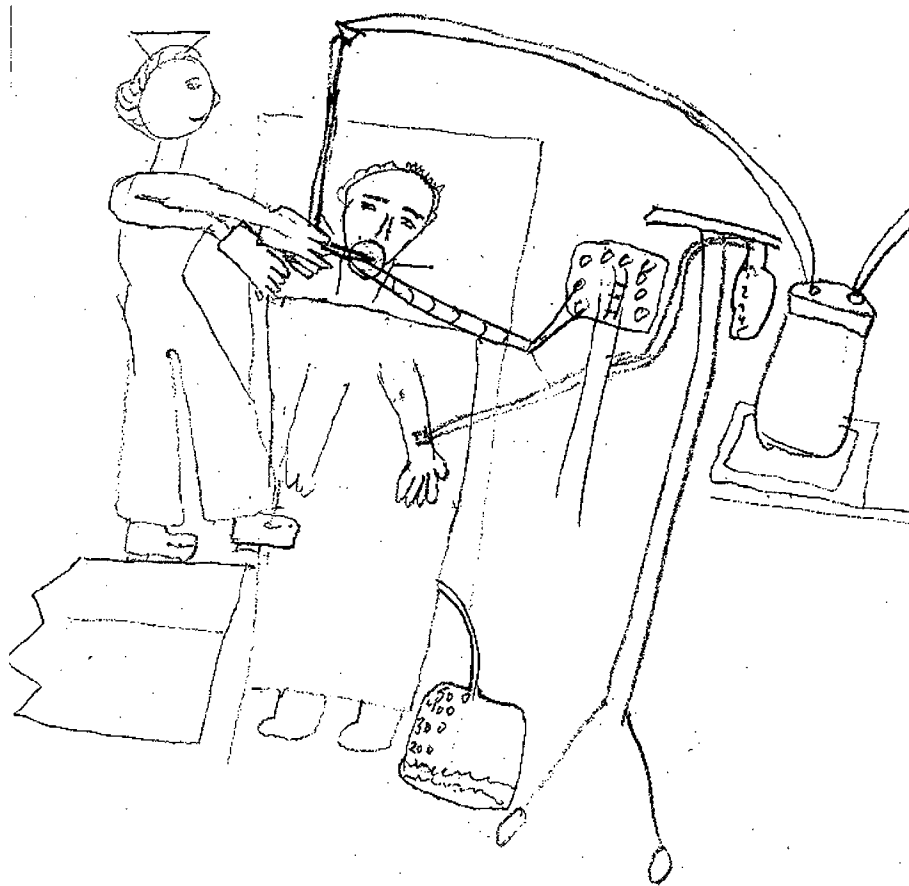
Por otro lado, ésta enfermera se encuentra casada con un sujeto que no le agrada trabajar, se dedica a consumir drogas y aún depende de la figura materna; prácticamente la enfermera es el único sostén en la familia. Actualmente las relaciones intrafamiliares están mediadas por la violencia.

2.1.1. RASGOS PICTÓRICOS (DIBUJO 1).

A continuación se analizan una serie de aspectos gráficos de un dibujo realizado por la enfermera que me ocupa (Dibujo 1), donde se representa a una enfermera atendiendo un paciente; el fin es explorar aspectos subjetivos de la relación.

El análisis del dibujo "1" se realiza en base a las técnicas propuestas por Karen Machover. Iniciando con la figura de la enfermera y terminando con la del paciente .

(DIBUJO 1)



En el dibujo realizado por éste sujeto el cuerpo de la enfermera aparece de perfil, lo cual según Machover es un indicador de evasión.

Si se revisan los rasgos faciales lo anterior se corrobora; los ojos son pequeños y se omite la pupila, un índice que se interpreta como el deseo inconsciente de "no ver" al otro (paciente). "En este tratamiento, el mundo no esta activamente cerrado al sujeto, sino percibido vagamente, como una especie de masa no diferenciada de estímulos con pequeña discriminación de detalle" ⁵.

La boca se encuentra representada por una línea más gruesa que los demás rasgos faciales indicando agresión; "este tratamiento ha sido, a menudo, correctamente asociado con la personalidad verbalmente agresiva,

⁵ Ibid. p.53

sobrecrítica y algunas veces sádica”⁶. En ocasiones la enfermera estalla en ira discutiendo de manera altisonante con los otros.

Sin duda una de las partes de la figura de enfermera que presenta mayor conflicto son los brazos y manos (por que presentan líneas muy marcadas, contornos imprecisos y borraduras); éstas son las zonas de contacto con los otros sujetos, entre ellos el paciente.

Las manos en el dibujo de enfermera son grandes en comparación con el resto del cuerpo, presentan líneas oscuras y borraduras; lo anterior se puede entender como “una compensación por debilidad o reacción por algún uso indebido de las manos”⁷. Además de aparecer enguantadas; en realidad la enfermera puede utilizar guantes de látex para evitar alguna infección, este tipo de guantes permanece ajustado a las manos, pero en el dibujo el énfasis es muy profundo, lo cual me hace pensar que para la enfermera tienen un significado psicológico importante, posiblemente la capacidad de mantenerla aislada del paciente. En el Machover el rango anterior es interpretado como “falta de confianza en los contactos sociales”⁸.

Por su parte “los dedos son extremadamente importantes en el patrón experiencial de una persona. Son los puntos reales de contacto”⁹. En el dibujo aparecen como una extensión del guante que cubre la parte de la mano; “Un tipo de mano enguantada y desarrollo del dedo ha sido asociado con agresión reprimida, pero es más evasivo y no perpetrado en carácter, tendiendo a ser asociado con más arranques furtivos de agresión que con sintomatología somática”¹⁰. Si se observa con cuidado la punta de los dedos, es posible notar que terminan en forma de punta, como si detrás del guante se encontraran

⁶ Ibid. p 48

⁷ Ibid. p 66

⁸ Ibid. p 65

⁹ Ibid. p 68

¹⁰ Ibid. p 69

garras. Por otro lado, en la mano que está sosteniendo algo aparecen dos dedos cercenados, fuera de los límites de la mano.

En la enfermera no se alcanza a observar claramente cual es el brazo derecho y el izquierdo, más bien, parece ser que del hombro izquierdo aparecen dos brazos, el de arriba que se dirige al paciente grave y el de abajo que cae sin fuerza. La dirección del brazo de arriba se extiende hacia el paciente en una forma mecánica, con líneas temblorosas y con algunas borraduras (indicación de conflicto); éste tratamiento está indicando una especie de contacto superficial e inafectivo. Por otro lado el brazo aparece muy delgado, dando la impresión de debilidad, probablemente como reacción psíquica.

El brazo de abajo es muy delgado, con líneas gruesas e imprecisas; se dirige hacia abajo, como deseo de regresar al límite del cuerpo, cae como quebrado, sin fuerza, como si la autora lo hubiera quebrado por que no le agradaba la dirección en la que se dirigía. Lo anterior puede "denotar conflicto en cuanto a sí se refugia el sujeto completamente en su narcisismo corporal o se extiende en su medio ambiente social o material"¹¹.

El tronco es dibujado como una especie de caja con ángulos pronunciados que indican la cintura, este tipo de representación es asociada como más agresiva y más masculina.

Las piernas y pies además de presentar la potencialidad de contacto tienen la función de sostener, balancear y transportar el mismo cuerpo.

En el dibujo el apoyo del cuerpo de la enfermera se da en una pierna, lo que da la impresión de precaria estabilidad

Por su parte los pies son pequeños pero más grandes que los del paciente. "El pie parece asimismo poseer implicaciones agresivas que parten

¹¹ Ibid. p 119

de su función de impulsar y conducir el cuerpo hacia delante y como un instrumento de ataque"¹²; en base a lo anterior, en la figura de enfermera un pie, que muestra borraduras, se proyecta con fuerza (la pierna esta tensa) al cuerpo del paciente, como dándole una patada, en una clara muestra de agresión.

Ahora, me corresponde analizar los rasgos pictóricos de la figura del paciente, ya que la relación enfermera – paciente grave es tomada como una bipolaridad, esto es, dos entidades (rol y contrarol) que interactuando crean la relación.

Los ojos son dibujados casi cerrados; aunque ahora tienen pupilas siguen dando la impresión de no querer ver a la enfermera. Un ojo con pupilas y más abierto se entiende como el deseo de querer ver, los paranoicos enfatizan mucho en el ojo.

La boca se encuentra en una posición receptiva, la enfermera parece colocarle un termómetro; incluso la boca aparece reafirmada por un círculo, lo que sería una especie de boquilla para transmitirle oxígeno. "La boca cóncava u oralmente receptiva se encuentra en dibujos de individuos infantiles o dependientes (...). Es una expresión de dependencia oral usualmente asociada con adultos menesterosos y parásitos"¹³.

En el dibujo del paciente los rasgos del tronco y piernas no aparecen, pues, se encuentran cubiertos por una sábana.

Es curiosa la forma en que aparecen los brazos y manos (rasgos de contacto social), da la impresión de que éstos fueron cercenados con anterioridad y posteriormente colocados encima de la sábana, un tratamiento tan conflictivo como el encontrado en la figura de la enfermera. Me parece que lo anterior se encuentra relacionado con el deseo de mantener un estado

¹² ibíd. p 72

¹³ Ibíd. pp 47-48

de introversión, hay que recordar que los órganos de contacto han sido cortados, incluso, ni siquiera se dirigen a la enfermera, sino que se encuentran inertes.

2.1.2. COMENTARIOS (DIBUJO 1).

En base a los datos obtenidos en el dibujo 1 se puede observar que el rol de enfermera se caracteriza por los siguientes aspectos:

- ◆ Introversión.
- ◆ Evasión al paciente.
- ◆ Aislamiento al paciente
- ◆ Falta de confianza en el contacto social con el paciente.
- ◆ Agresión reprimida.
- ◆ Contacto inafectivo con el paciente.

Por su parte el rol de paciente presenta para la enfermera las siguientes cualidades:

- ◆ Evasión.
- ◆ Dependencia.
- ◆ Un individuo que no debe tener contacto social con la enfermera.

Sí se observa con atención la situación pasiva y dependiente del paciente, así como la boca receptiva y la expresión facial, bien podría significar en la fantasía de la enfermera un bebé. Posiblemente exista alguna asociación entre la relación enfermera agresiva - paciente dependiente y las relaciones madre – bebé indefenso o esposa – marido dependiente, hay que recordar que la enfermera se encuentra casada con un sujeto al cual no le agrada trabajar y depende demasiado de la madre.

Aunque en el dibujo la enfermera está cumpliendo su rol en relación con el contrarol (paciente) hay indicios de otros elementos que se mezclan, sin

duda el factor *tele* no se encuentra presente cuando el paciente se encuentra recubierto de fantasías de transferencia (paciente-bebé-esposo). Según el dibujo y desde el punto de vista moreniano la relación interpersonal que se presenta allí es patológica, un rol estereotipado, un grupo de acciones que se deben hacer por rutina, un rol ejercido sin espontaneidad.

El paciente no es un "número más", ni un objeto más en una "banda de ensamblaje", para la enfermera es algo importante desde su subjetividad; aunque su relación con él no sea telica, existe alguna necesidad a nivel del mundo interno de que ese paciente represente en la fantasía a un sujeto dependiente, como el esposo, como el bebé, como el menesteroso.

2.2. CASO 2

En éste caso presento a una enfermera que labora en un Hospital General de Zona del IMSS en el servicios de ambulancias, como personal de base. Es Licenciada en Enfermería y Obstetricia por parte de la UNAM.

En lo que respecta a su trabajo se observa un buen desempeño de las acciones de enfermería, así como de los conocimientos teóricos necesarios en ésta profesión. En su trato con los pacientes, algunas veces se muestra amable, en otras ocasiones un tanto agresiva o indiferente, especialmente cuando los pacientes le desagradan.

Para ella los pacientes significan:

"Poner en práctica los conocimientos y habilidades personales (...), un estímulo de 'alerta' para accionar las funciones correspondientes lo más eficaz y precisas posibles".

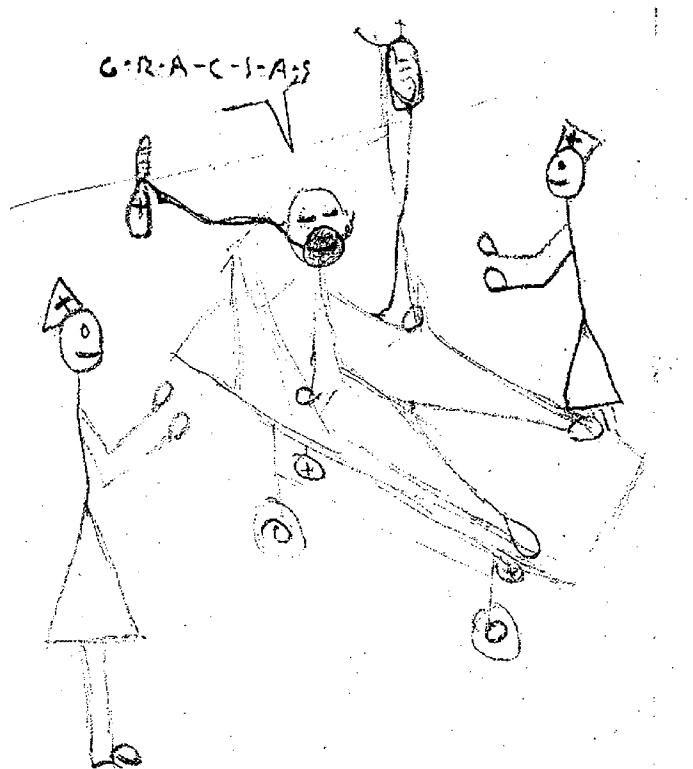
2.2.1. RASGOS PICTÓRICOS (DIBUJO 2)

En el dibujo que realizó ésta enfermera se observa a un paciente en camilla y dos enfermeras a su lado. Un rasgo importante es que las figuras se

encuentran construidas con palitos, lo cual recuerda a los dibujos realizados por los niños, lo que contrasta con el nivel intelectual de la enfermera.

“Se trata evidentemente del infantilismo que encuentro en muchos niños inadaptados, sobre todo en la forma compleja en la que se distinguen tanto elementos de regresión y elementos reactivos variables (...). El comportamiento del sujeto puede poner de manifiesto, o camuflar, éste aspecto particular de la personalidad que puede – o no – expresarse en los dibujos. Los test grafoplásticos, tan bien aceptados por los niños, lo son también para muchos sujetos que encuentran ese modo un medio infantil de expresarse...”¹⁴.

(DIBUJO 2)



Las enfermeras que aparecen en el dibujo se encuentran de perfil, un tratamiento interpretado según Machover, como un índice de evasión. Lo cual no aparece en el paciente, éste se encuentra de frente.

¹⁴ Aubin, H. *El dibujo del niño inadaptado*. pp 241-242

Las dos enfermeras aparecen con el rostro hacia el paciente, dando una expresión de aparente amabilidad. En la figura que aparece en primer plano el ojo es mayor que el de la enfermera de fondo, aparentemente lo anterior puede sugerir una inquietud de "ver" al otro, pero los ojos no tienen pupila. Lo anterior es un indicador de que el paciente es percibido vagamente, "como una especie de masa no diferenciada de estímulos con una mínima discriminación de detalles" ¹⁵.

La boca en las dos figuras de enfermera es grande pero en forma simple, la anterior forma "ha sido observada en los dibujos de perfil con una marcada expresión de tensión, como si se estuviera cerrando la boca apretadamente contra algo" ¹⁶.

Los brazos se extienden en el espacio hacia el paciente de una manera mecánica y breve. "Los brazos que se extienden en una forma horizontal mecánica, en ángulos rectos desde la línea del cuerpo, no pueden ser considerados una verdadera extensión dentro del medio ambiente. Éste tratamiento está usualmente en conexión con dibujos simples y regresivos, y se refiere más al contacto superficial e inafectivo que a la interrelación que fluye en el medio ambiente" ¹⁷.

Los dedos son los puntos esenciales de contacto con los otros (paciente), incluso, los dedos aparecen en los dibujos de los niños antes de las manos. En las figuras de enfermeras y en la de paciente no existen los dedos; probablemente lo anterior se encuentre relacionado con algún conflicto que involucra el contacto interpersonal.

Por su parte el paciente se encuentra sentado de frente en una camilla. "Aunque las figuras de perfil sugieren un temor al compromiso (*los dibujos de*

¹⁵ Machover, K. Op. Cit. p 53

¹⁶ Ibid.. p 48

¹⁷ Ibid.. p 66

las enfermeras), no por eso ha de asumirse que la accesibilidad y franqueza son características de todos los sujetos que trazan una figura de frente”¹⁸ .

El rostro del paciente muestra ojos cerrados, ésta forma de dibujar los ojos da la impresión de que el individuo “deliberadamente se cierra al mundo, con el propósito de concentrarse mejor en su propio narcisismo”¹⁹.

La boca es simple y muestra un sombreado en forma de círculo que le cubre desde la barbilla hasta la nariz. La línea simple de la boca es muy parecida a la de las enfermeras, indicando una muy marcada expresión de tensión; por su parte, el sombreado de la boca puede ser un índice de conflicto, pero lo interpretaré así porque es la indicación de una mascarilla de oxígeno, un elemento imprescindible en éste tipo de pacientes.

Los brazos se dirigen hacia la camilla, como si el paciente estuviera en un estado de recogimiento, más preocupado en su dolor que en mantener relación social con las enfermeras. Las manos son iguales que las de las otras figuras, carecen de dedos, cuando ellos son las partes encargadas de tocar y agredir a los otros.

La posición del cuerpo es sentada. “El que se halla obligado a guardar cama, el deprimido, el desilusionado, o el individuo físicamente imposibilitado puede mostrar resistencia a realizar el trazo de los pies o aún piernas, y puede algunas veces arreglárselas dando la figura de una persona sentada”²⁰.

Como se ha venido diciendo, los pies “parecen poseer implicaciones agresivas que parten de su función de impulsar el cuerpo (...) y como un instrumento de ataque”²¹. Sí se observa con atención el pie derecho del paciente se puede tener la impresión de que éste se encuentra dando una patada a la enfermera, en una clara acción de hostilidad.

¹⁸ *Ibíd.* p 100

¹⁹ *Ibíd.* p 53

²⁰ *Ibíd.* P 70

²¹ *Ibíd.* p 72

Por otro lado, el cuerpo del paciente apenas está esbozado con líneas muy suaves y claras, lo contrario del de las enfermeras que tienen líneas más firmes y gruesas. "Las líneas tirantes (finas y estiradas a lo largo) que irradian una sensación de tensión, a menudo se observan en los dibujos de personas con estados emocionales rígidos o tensos, como un violín mal afinado y discordante" ²².

Por último, en la parte superior del paciente aparece un cuadro de diálogo en el cual se lee "G-r-a-c-i-a-s" con letras fragmentadas, indicando la debilidad propia del paciente, es curioso que en la figura no se muestre la boca abierta, necesaria para poder decir esa palabra.

2.2.2. COMENTARIOS (DIBUJO 2)

Aunque las enfermeras se encuentran ejerciendo correctamente su rol, no existen signos de contacto social. No hay pupilas en los ojos, no hay un movimiento libre de los brazos en el medio, no existen dedos en las manos, la posición de los rostros no se dirigen al paciente. Lo anterior conduce a una paradoja, de el estar en relación con el paciente y a la vez no querer relacionarse. Probablemente existan aspectos transferenciales entre los dos roles, lo cual está causando que en los dibujos y en la vida cotidiana la enfermera no muestre rasgos reales de contacto social y sí índices de evasión, desinterés y tensión.

Pero también en la figura de paciente los rasgos de contacto se encuentran ausentes, en su lugar, hay signos de agresión, evasión, tensión e introversión.

Un punto que considero importante para poder entender la actitud de las enfermeras en el dibujo y la vida real es la agresión que recibe una de ellas con el pie derecho del paciente, aunque en algunas ocasiones reales el

²² Hammer, E. F. *Test proyectivos gráficos*. P 54

paciente es agresivo me parece que en las fantasías de la enfermera éste es vivido como un objeto malo, al cual hay que tenerle temor.

El dibujo 2 da la impresión de que tenemos tres entidades en interacción, pero que por ese sólo hecho psicológicamente se encuentran aislados. Desde éste dibujo no se llega a la meta del rol social de enfermera porque el contrarol no es visto como un paciente desde lo real, sino que se le han proyectado aspectos vividos en otras relaciones del pasado, se le ha atribuido un rol psicológico perteneciente al mundo interno de la enfermera.

2.3 CASO 3

Se trata de un enfermero de aproximadamente 23 años, el cual labora en un hospital de la SSA en el tercer nivel de atención a la salud.

La formación profesional la realizó en la UNAM; comenta que en un principio no le agradaba la carrera pero que poco a poco le fue gustando más, actualmente se siente muy satisfecho con su profesión, pretendiendo superarse cada vez más dentro de ella.

En el ejercicio de su rol y en la interacción con su contrarol (paciente) se muestra muy amable, responsable, capaz, y respetuoso; siempre atento a los requerimientos del paciente. Su relación con éstos aparentemente es buena, fácilmente hace amistad con ellos mostrando jovialidad en su trato, lo contrario de muchas otras enfermeras de la institución donde labora.

Para el sujeto el paciente significa:

"una persona que siente y tiene la posibilidad de restablecerse".

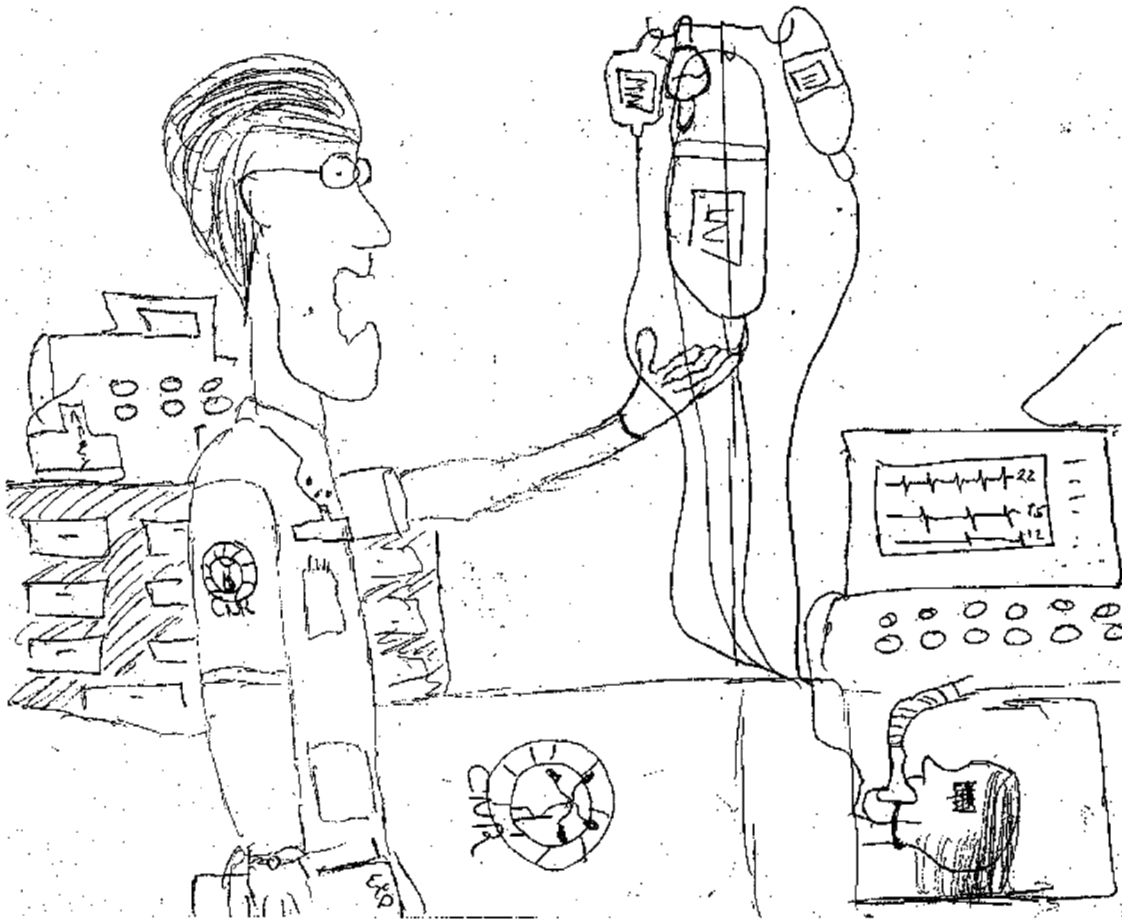
2.3.1. RASGOS PICTÓRICOS (DIBUJO 3)

El dibujo de análisis presenta en primer plano a un enfermero observando una venoclisis y en segundo plano a un paciente grave.

Para el sujeto que realizó el dibujo éste significa:

"...que el grupo multidisciplinario de salud de una unidad hospitalaria debe de ser certero, eficaz y decisivo para la recuperación de un paciente en estado grave; teniendo siempre el conocimiento y la agilidad para atender mejor..."

(DIBUJO 3)



Primeramente se analizara la figura del enfermero, la cual al compararse con la del paciente resulta ser la más elaborada, porque es a la que el autor le das mayor importancia, es él mismo. Además de que se encuentra de perfil, un tratamiento que indica evasión a la situación.

La cabeza de profesional de enfermería es notoriamente más grande que la de la otra figura; según el test de Machover pueden existir dos opciones para interpretar éste rasgo:

- ◆ Primero, puede encontrarse relacionado con el concederse un mayor grado de autoridad social e intelectual que los otros; y
- ◆ Segundo, es un rasgo de los individuos que sufren dolores o alguna otra sensibilidad especial de la cabeza, es importante aclarar que el sujeto sufre de migraña.

La expresión facial es de agresión; da la impresión de que se encuentra discutiendo con alguien.

Los ojos son muy pequeños, un punto diminuto; como he venido diciendo, son un indicador de que los otros son tomados de una manera vaga e imperceptible. Es interesante señalar que el individuo en ningún momento mira al paciente, es más ni siquiera se encuentra en su campo perceptible.

La boca de la figura del enfermero es muy grande y se encuentra abierta dando la impresión de que se está gritando. "El énfasis excesivo en la proyección de la boca se halla estrechamente ligado (...) al lenguaje indecente y a los arranques de mal humor"²³. Un signo de agresión.

La barbilla se encuentra reforzada mostrando un tamaño que la hace sobresalir. Al respecto Machover explica: "tal tratamiento puede tomarse como una compensación por debilidad, indecisión y temor a la responsabilidad. Se interpreta como indicación de un fuerte impulso a aparecer socialmente enérgico y dominante"²⁴.

El brazo situado la izquierda del enfermero luce muy débil en comparación con el que se encuentra en el límite del cuerpo. "Los brazos pueden (...) aparecer frágiles o consumidos, indicando deficiencia y debilidad, como una reacción psíquica"²⁵. Sí se compara el brazo izquierdo con el derecho se observa que éste último es más robusto. Por lo cual; me parece

²³ Machover, K. Op. Cit. p. 47

²⁴ *Ibid.* p 50

²⁵ *Ibid.* p 66

que el extenderse en el medio social se correlaciona con una reacción psíquica de debilidad y conflicto (observe que ese brazo muestra rasgos imprecisos y líneas oscuras), mientras el recogimiento presenta una reacción psicológica de mayor fuerza.

La mano izquierda al igual que los dedos parecen estar enguantados, el autor inconscientemente colocó una línea en la muñeca, que según él indica una pulsera. Como he venido mencionando, lo anterior es interpretado como agresión reprimida, arranques furtivos de agresión.

En otras cosas, parte de la mano derecha ha quedado fuera del campo del dibujo, inconscientemente los dedos (puntos reales de contacto social) no pudieron ser terminados, probablemente porque ese brazo indica un deseo de recogimiento a nivel corporal.

En lo que respecta al paciente, éste se encuentra acostado, su cuerpo ha sido cubierto por una sabana con el logo de la institución donde es atendido. El rostro muestra una boquilla con oxígeno y gasas en los ojos; más que de dolor la expresión facial es de muerte, al respecto el autor comentó que a él le agrada mucho atender a éste tipo de pacientes porque le gusta ver como sufren. Aquí, lo que encuentro, son fenómenos de corte transferencial, fantasmas del mundo interno que interfieren en la relación del enfermero con el paciente. Por otro lado, la cabeza se encuentra de perfil; un tratamiento que indica evasión.

Los ojos son un órgano importante en la función de la comunicación social, sin embargo en la figura de paciente no aparecen; a nivel de la fantasía da la impresión de que el autor se los saco, cubriendo la cavidad con una gasa la cual ha sido esbozada con una serie de rayones (un indicador de conflicto). Machover en uno de sus libros comenta un caso parecido:

"En un caso de una paciente femenina, la omisión del ojo en la figura masculina fue admitidamente asociada con fantasías sádicas de aniquilar un hermano rival, vaciando uno de sus ojos con una aguja de tejer"²⁶.

No se cual sea la fantasía latente en dibujar de esa forma el ojo del paciente, pero sí es posible asociarlo con el agrado que siente el autor al atender a pacientes en estado de gravedad extremo.

La boca es grande pero en una situación receptiva, un índice de dependencia oral, es por esa parte donde se le administra el oxígeno, uno de los elementos que lo mantiene con vida.

Los anteriores son los únicos rasgos de contacto social en la figura del paciente. Se han omitido partes del cuerpo socialmente muy importantes como: los brazos, manos, dedos y pies; con ello el autor ha coartado formas más profundas de relación entre el paciente y él; en su lugar ha colocado una barrera en forma de una sabana, una barrera que lleva el sello de la institución, una barrera que contiene las mismas acciones de su rol dentro del hospital.

2.3.2. COMENTARIOS (DIBUJO 3)

Según lo expuesto anteriormente puedo identificar las siguientes características en el rol de enfermero, esto con "el propósito de identificar aspectos importantes del funcionamiento humano en una forma significativa y emotiva"²⁷.

- ◆ Indiferencia,
- ◆ Evasión,
- ◆ Desinterés,
- ◆ Agresión,

²⁶ Ibid.. p 53

- ◆ Introversión

Mientras que en el paciente identifico las siguientes cualidades:

- ◆ Dependencia,
- ◆ Invalidez,
- ◆ Introversión, y
- ◆ Gravedad.

Es un hecho que el enfermero muestra desinterés hacia el paciente, pero observa la botella de suero que ayuda a la recuperación del paciente, ¿porqué sí aparentemente desea ayudar al paciente no lo ve?. El paciente yace muy abajo, fuera del campo visual del enfermero, además de que con esos ojos tan pequeños es difícil que alcance a mirar algo.

Ahora me pregunto, ¿porqué la mano que sostiene la botella de suero muestra rasgos de agresión contenida?. Entonces, puede ser que no sea tan real el deseo de ayudar al paciente, el cual se manifiesta en el dibujo y en el trabajo cotidiano de éste sujeto; así, existen elementos latentes que intervienen en el desempeño del rol social de enfermero.

Por lo tanto, el paciente deja de existir, el paciente más que vivo parece estar muerto, no existe ninguna iniciativa propia de contacto social; se vuelve, tan sólo, un objeto más en el dibujo. No es alguien al que el enfermero deba de ver directamente sino a través de los instrumentos de curación. Porque no existe, se le ha mutilado, se le ha obstruido la boca para que no hable, y se le han sacado los ojos. El enfermero ha realizado su fantasía inconsciente de hacer sufrir al paciente.

En éste caso como en los otros los elementos tele no se encuentran presentes, se trata de una relación transferencial. Las fantasías de transferencia son diferentes en el enfermero y la enfermera; se matizan de

²⁷ Clayton, G.M. *Living Pictures of the self*. pp 11-12

acuerdo al sexo de la persona que se encuentre asumiendo el rol, al sexo del paciente, a su estado de gravedad, y al tipo de servicio donde se labora.

2.4 CASO 4

En el siguiente caso presento los dibujos de una enfermera de aproximadamente 26 años, la cual labora en un hospital de tercer nivel de atención a la salud, en el servicio de quirófano.

En su trabajo cotidiano se observa que atiende a sus pacientes de forma inadecuada, no aplica los modelos adecuados de enfermería para el tipo de paciente que se encuentra atendiendo, no pone en práctica las técnicas adecuadas, creando un ambiente hostil para el paciente.

El sujeto realizó su formación en una escuela donde se imparte educación religiosa.

Para ella los pacientes significan:

"un reto como enfermera para poderlos sacar adelante en su padecimiento, y así, lograr que su situación mejore"

En el servicio donde el sujeto labora (quirófano) son comunes los pacientes graves²⁸, la enfermera ha llegado a comentar que el atender a éste tipo de pacientes se siente una gran responsabilidad.

2.4.1. RASGOS PICTÓRICOS (DIBUJO 4A Y 4B)

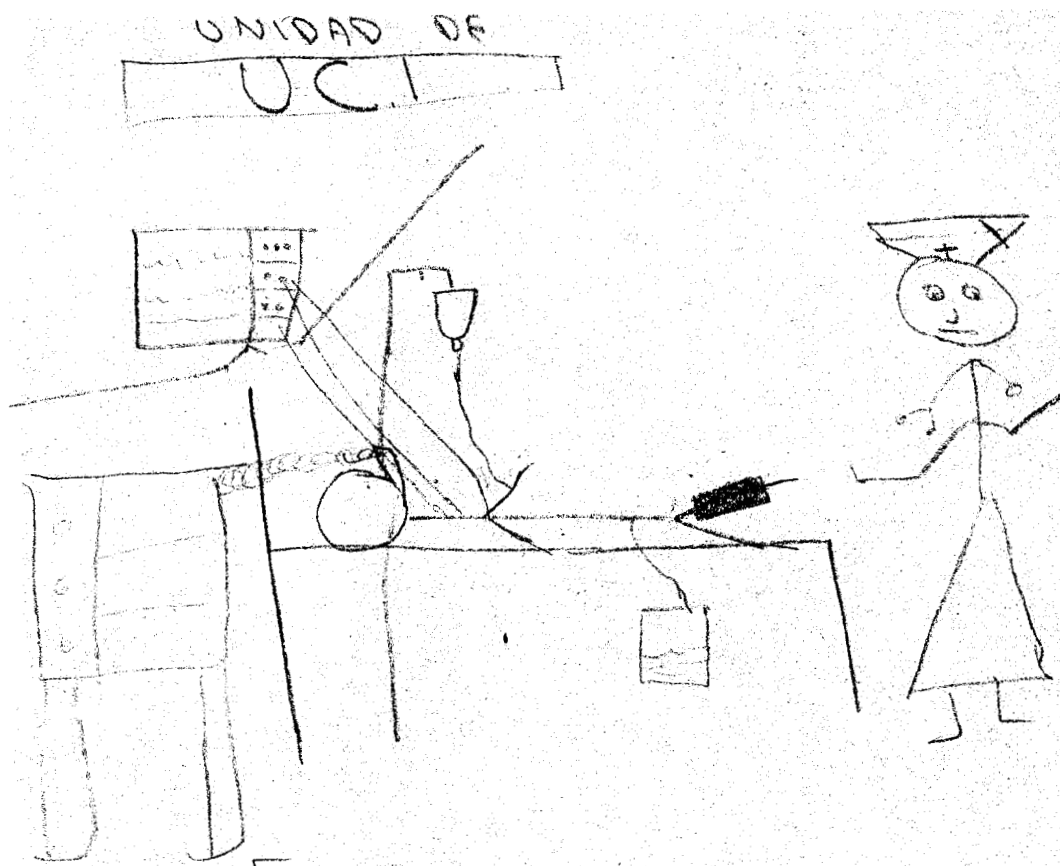
La enfermera presentó una serie de dos dibujos, uno atendiendo a un paciente grave y otro a uno no grave. Los dibujos son muy importantes porque abren el camino para realizar comparaciones en el ámbito de la gravedad del paciente y sus efectos en la relación con la enfermera.

Las figuras de los dos dibujos fueron realizadas con "palitos" como en el caso 2, se trata de un rasgo de infantilismo, que en Psicología clínica es descrito como un dinamismo morboso o una entidad sindrómica; en ésta forma

²⁸ El paciente grave es aquel que se encuentra afectado con alguna enfermedad, estando en peligro su vida

de realizar los dibujos es posible identificar "elementos de regresión y elementos reactivos variables"²⁹.

(DIBUJO 4A)



En el primer dibujo de la serie se muestra a una enfermera atendiendo a un paciente grave en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital. Primeramente comenzare interpretando los rasgos de la figura femenina, prosiguiendo posteriormente al análisis de los paciente.

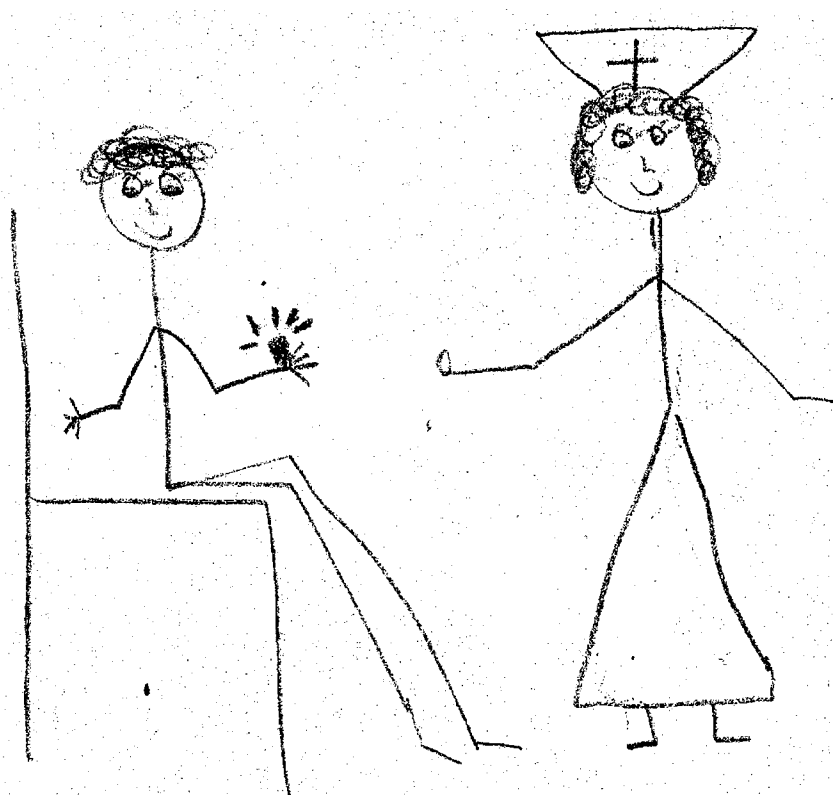
La figura de enfermera se encuentra de frente, dando la espalda al paciente. La expresión facial del rostro es de terror. "prescindiendo de la habilidad o pericia, encontramos que el sujeto inconscientemente representará su dibujo por una expresión de odio, temor, perplejidad, agresión, rebeldía, aplacamiento, docilidad o aún de afecto inapropiado"³⁰. En base a lo anterior,

²⁹ Aubin, H. Op. Cit. P 211

³⁰ Machover, k. Op. cit. p 45

me parece que al paciente se le ha colocado en el contrarol de algo que causa angustia y temor.

(DIBUJO 4B)



Sí comparamos la expresión facial, de la enfermera que interactúa con un paciente grave (Dibujo 4A) con la que se relaciona con un paciente no grave (Dibujo 4B) observamos un notable cambio. La primera se muestra angustiada, mientras la segunda se ve sonriente. Me parece importante aclarar que los dos dibujos fueron realizados por el mismo individuo y que la figura dibujada en las dos composiciones es el mismo sujeto. En conclusión, creo que el estado del paciente re-edita conflictos inconscientes del pasado, conflictos que se encuentran siempre vivos y vigentes.

Los ojos de la figura de enfermera en la composición 4A son grandes y con pupilas, pero no miran al paciente grave. Un rasgo curioso es la dirección contradictoria de las pupilas, posiblemente indicando alguna confusión en ver o no ver al otro.

La boca es trazada como una línea, sugiriendo que los labios se aprietan tensamente uno contra el otro.

En la enfermera de la composición 4A, después de la cabeza y al empezar el cuello se observan una extremidades, éstas representan un estetoscopio. Los brazos se encuentran más abajo, son líneas que se extienden mecánicamente en el medio, sin que ello signifique un inmediatez real y espontánea.

Los rasgos de contacto (manos y dedos) no aparecen, a excepción del brazo derecho, donde al terminar la muñeca se observa un pequeño apéndice, eso es un dedo. Lo anterior puede ser interpretado como un pequeño rasgo de agresión infantil, obsérvese que se presenta en el brazo que señala hacia el paciente grave.

Mientras, el paciente del dibujo 4A se encuentra acostado con una serie de implementos propios de una Unidad de Cuidados Intensivos donde se atiende a los sujetos más graves, los cuales se encuentran en peligro de muerte. El paciente grave no muestra ningún rasgo de contacto social, no tiene ojos, boca, rasgos faciales, manos, dedos y pies. La forma de los brazos no representa rasgo alguno de contacto.

Por su parte el dibujo 4B se encuentra compuesto por una enfermera atendiendo a un paciente **no** grave en una institución de primer nivel. Para la enfermera el dibujo significó "...un paciente que de acuerdo su patología no pone en riesgo su vida...". Si me coloco en el ámbito de lo inconsciente me pregunto ¿No pone en riesgo la integridad de quién, del paciente o de la enfermera?.

La expresión facial de la enfermera del dibujo 4B es de alegría, un cambio radical en comparación con la enfermera de la composición 4A.

Los ojos de la figura femenina del dibujo 4B se encuentran viendo al paciente, son de tamaño regular y tienen pupilas. Un factor que me indica el mirar al otro.

La boca de la enfermera se encuentra en forma de "u", tratamiento que desde el sentido común es referido como una sonrisa. "La línea amplia, tornada hacia arriba (...), se observa frecuentemente en (...) representaciones infantiles de la figura humana. Se ha interpretado como congenialidad forzada, un esfuerzo para ganar aprobación"³¹.

Los brazos se extienden de manera mecánica. De nuevo, los dedos y manos son omitidos, cuando son los puntos más importantes de contacto social. Aparentemente en el brazo derecho de la enfermera se puede observar un pequeño círculo, el cual puede indicar una mano, éste se encuentra del lado del paciente, pero por su tamaño y cualidades es difícil considerarlo una expresión social.

La enfermera para diferenciar su rol se ha dibujado la cofia y una falda, rasgos comunes en la identidad de éste tipo de profesional.

El paciente en el dibujo 4B muestra en el rostro el mismo tipo de rasgos que la figura de enfermera, los ojos son grandes, con pupilas pero no ven hacia la figura femenina, se dirigen hacia abajo.

Los brazos se extienden en forma de ángulos, como manifestando una relación superficial con el mundo social.

Las manos se encuentran ausentes, en cambio, los dedos dan la impresión de ser garras. "Los dedos, por regla general, aparecen en los dibujos de los niños antes que las manos. En el adulto, el dibujo de los dedos, sin privilegio de las manos, se señala como un indicio de agresión infantil. Tales de

³¹ *Ibíd.* p 49

dos son dibujados, con gran frecuencia, en sencillas dimensiones, con gran presión, y en combinación con otros rasgos (...) primitivos en el dibujo”³².

La posición del cuerpo es sentada, un tratamiento relacionado con los individuos físicamente imposibilitados u obligados a permanecer en reposo por “x” padecimiento.

2.4.2. COMENTARIOS (DIBUJOS 4A Y 4B)

En base a lo analizado anteriormente, el rol de enfermera en la lámina 4A presenta las siguientes cualidades:

- ◆ Introversión,
- ◆ Evasión,
- ◆ Aislamiento,
- ◆ Angustia,
- ◆ Temor,
- ◆ Tensión y
- ◆ Confusión.

Mientras que en la composición 4B la enfermera presenta las siguientes características:

- ◆ Tratar de ganar aprobación y
- ◆ Aislamiento.

Por su parte el rol de paciente en el dibujo 4A se muestra de la siguiente manera:

- ◆ Aislamiento total y
- ◆ Cierta tendencia a permanecer en su propio narcisismo corporal.

Y el paciente de la lámina 4B revela lo siguiente:

- ◆ Evasión,
- ◆ Búsqueda de aprobación y

³² Ibid. p 68

- ◆ Agresión infantil.

Sin duda el estado del paciente, la propia subjetividad de la enfermera y los mecanismos psicológicos que se ponen en juego son elementos importantes para poder entender la forma en que se manifiesta la relación entre estos dos roles sociales.

Pienso que por el hecho de mantenerse en relación, la enfermera re-edita en el paciente y los otros, conflictos inconscientes del remoto pasado, el pasado en función de determinar el presente. Y, es que, en la relación interpersonal es donde se estructura la subjetividad.

La transferencia impide una clara relación rol- contrarol entre la enfermera y el paciente. El contrarol paciente no es visto como rol social, sino que, se le reviste de fantasías inconscientes.

Al paciente con el que interactúa la enfermera se le colocan roles psicológicos, los cuales llevan a la re-edición de conflictos del pasado que permanecen vivos y vigentes en el inconsciente.

2.5 CASO 5

El siguiente caso trata de una enfermera que labora en un hospital de especialidades de tercer nivel de atención. Realizo sus estudios en el CONALEP con la motivación de superarse personalmente. El sujeto cuenta aproximadamente con 21 años.

La enfermera realizó una serie de dos dibujos, uno atendiendo a un paciente grave y otro a uno no grave, lo cual proporciona elementos para entender la relación enfermera paciente en diferentes niveles de atención ala salud.

Para la autora del dibujo, el atender a los pacientes le trae un sentimiento de:

"...responsabilidad total, al aplicar todos los conocimientos teórico – prácticos para el bienestar del paciente..."

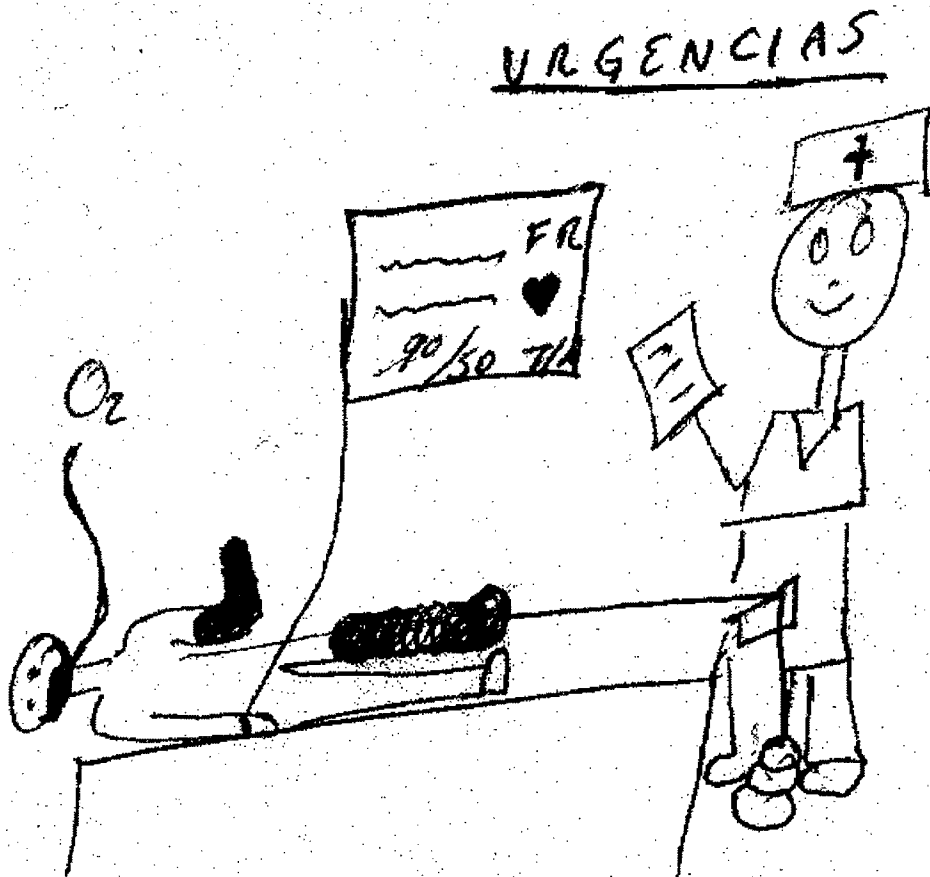
Para ella los pacientes significan: *"...una vida de pormedio..."*

2.5.1. RASGOS PICTÓRICOS (DIBUJO 5A Y 5B)

Para realizar el análisis primeramente me enfocare al dibujo 5A, finalizando con el 5B. En algunas ocasiones, con fines didácticos, hago algunas comparaciones entre ellos.

El dibujo 5A se encuentra compuesto por una enfermera atendiendo a un paciente grave en una Unidad de Urgencias.

(DIBUJO 5A)



Para la autora el dibujo significa:

"...El logro obtenido después de una atención de calidad y calidez, en forma integral, al paciente grave..."

Para comenzar, primeramente analizaré la figura de enfermera, prosiguiendo con la del paciente grave, basándome en los mismos fundamentos de los casos expuestos con anterioridad.

La figura de la enfermera aparece en segundo plano, detrás del paciente. Ésta se encuentra de frente, lo cual puede sugerir "una tendencia al exhibicionismo y ostentación, que, en nuestra cultura es más característico de las hembras"³³.

Los ojos son grandes pero no tienen pupilas, sólo se ha trazado el contorno del ojo; un tratamiento que es interpretado como una aguda proyección de "no ver" al otro.

La boca se encuentra en forma de sonrisa, un indicador que, como he dicho anteriormente, es entendido como una manera de ganar aprobación.

En general, aparentemente la expresión facial es de alegría; pero pensando en los ojos y la boca, se trata más de un aislamiento.

Los brazos se presentan en ángulos rectos, según K. Machover, son muestra de una extensión mecánica en el medio; más bien forzada, estereotipada, y no espontánea ni creativa.

La imagen no presenta manos, ni dedos, lo cual no posibilita el contacto social con el contrarol paciente. Aparece como una entidad separada, en una interacción realizada, pero, matizada por contenidos subjetivos.

La figura del paciente de la lámina 5A se encuentra acostada, dando la impresión de estar muerto. En un servicio como el de Urgencias la muerte es algo común, principalmente cuando se trata de pacientes muy graves, como es el caso de la imagen que en este momento analizo.

La expresión facial del paciente es vacía, no se halla ningún indicador de alguna emoción, llegando a dar la impresión de ser el rostro de un cadáver.

³³ Ibid., p 100

El rostro ni siquiera mira a la enfermera. Los ojos son un punto que se dirige al frente, nunca al lado, donde la enfermera aparentemente observa. El ojo indicado con un punto "aparece a menudo con otros indicios gráficos de absorción propia"³⁴, como se vera posteriormente.

La zona de la boca se encuentra enfatizada por una sombra negra. "El énfasis oral se trasluce en los dibujos de niños, individuos primitivos (...) y deprimidos"³⁵.

El brazo derecho se encuentra pegado al cuerpo, como indicación de determinado grado de recogimiento en relación con la gente y las cosas.

El brazo izquierdo forma un ángulo recto, lo cual se puede referir a un contacto superficial e inafectivo. En la parte del brazo más importante para el contacto social, se observa un vendaje sombreado (indicador de conflicto según k. Machover), como colocando una barrera aislante para el contacto rol – contrarol.

El mismo rasgo anterior se observa en la pierna izquierda, más que vendaje de yeso da la impresión de un alambre de púas enredado en esa zona. Las piernas son una de las partes del cuerpo encargadas del contacto social; por lo cual, pienso que éste ámbito se encuentra coartado.

En lo que respecta a la lámina 5B; ésta se encuentra compuesta por una enfermera pesando a un paciente no grave, la escena se da dentro de un consultorio en el primer nivel de atención de una institución de salud pública.

Para la autora su dibujo significa:

"...la atención integral de un paciente que acude a control..."

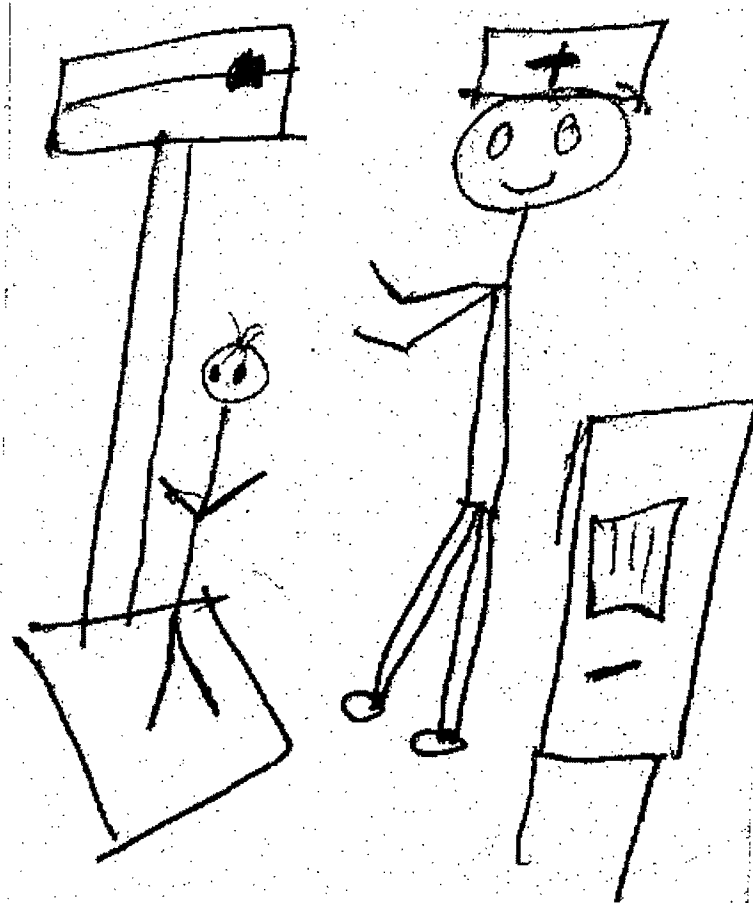
La enfermera del dibujo 5B se encuentra mirando de frente, no hacia el paciente. Los ojos están trazados sólo en su contorno, sin pupilas. Lo cual

³⁴ Ibid.. p 53

³⁵ Ibid.. p 47

significa que "el mundo no se encuentra activamente cerrado al sujeto, sino percibido vagamente, como una masa no diferenciada de estímulos"³⁶.

(DIBUJO 5B)



La boca se encuentra sonriente, pero a la vez un tanto tensa, como tratando de ganar aprobación, no hacia al paciente; posiblemente ante los que podemos ver el dibujo que realizó.

La expresión facial es de aparente tranquilidad.

Los brazos se extienden mecánicamente, de manera estereotipada. No hay manos ni dedos, haciendo difícil el contacto social con el paciente. Aunque las dos extremidades se dirijan hacia él.

³⁶ Ibid.. p 53

El paciente de la lámina 5B se encuentra de frente, sobre una bascula; el pesar es una labor de rutina en el consultorio médico de una institución de salud pública.

El paciente es más pequeño y con menos despliegue de detalles que la enfermera, posiblemente porque a él le concede menos importancia.

El rostro se encuentra en la dirección contraria a la enfermera y la expresión facial es vacía.

Los ojos del paciente en ningún momento miran al otro rol. Son grandes y negros, como los que dibujan los paranoicos; "el ojo penetrante (...), grande, oscuro, acentuado o amenazante, creando una imagen de hostilidad y sospecha" ³⁷. En éste caso no quiero sugerir que el rasgo presente en el paciente sea paranoico, sino, que aparente tener más la función de un arma social agresiva y no la de una experiencia visual. Actualmente "se abusa mucho del término paranoico y cualquier manifestación de oposición, incluso casi normal, se clasifica así en muchas ocasiones" ³⁸.

En otras cosas, el dibujo de paciente no tiene manos, y los brazos se extienden de manera torpe, lo cual no me da rasgos importantes de una optima relación con el mundo social

2.5.2. COMENTARIOS (DIBUJOS 5A Y 5B)

Las cualidades encontradas en el rol de enfermera del dibujo 5A , donde se atiende a un paciente grave, son los siguientes:

- ◆ Aislamiento,
- ◆ Evasión e
- ◆ Inseguridad.

Mientras que las características encontradas en el rol de enfermera del dibujo 5B son:

³⁷ *Ibíd.* p 52

- ◆ Aislamiento,
- ◆ Evasión e
- ◆ Inseguridad.

El rol de paciente en el dibujo 5A presenta lo siguiente:

- ◆ Recogimiento,
- ◆ Aislamiento y
- ◆ Evasión.

En el dibujo 5B el rol de paciente tiene características como:

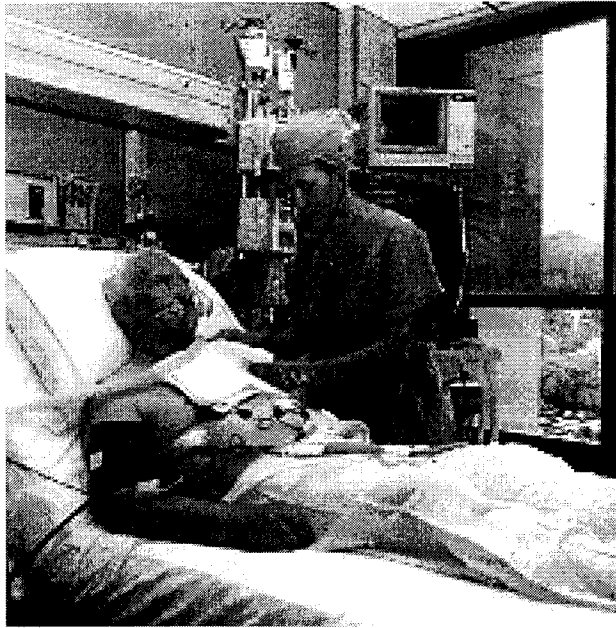
- ◆ Agresión,
- ◆ Hostilidad,
- ◆ Sospecha,
- ◆ Aislamiento y
- ◆ Evasión.

Aquí es posible ver que el elemento paciente (grave o no grave) no genera cambios en el rol de enfermera, en los dibujos ésta sigue apareciendo igual. Pero parece que el paciente es fantaseado como más amenazante entre menos grave se encuentre, como se ve en la lámina 5B.

³⁸ Aubin, H. Op. Cit. p 235

3

CONCLUSIONES



La relación enfermera-paciente es una interacción compleja, donde entran en juego factores tanto colectivos como individuales.

La interacción enfermera-paciente es una relación entre un yo y un tú, donde interactúan dos roles sociales, uno como rol y otro como contrarol., ya que el otro es una polaridad en su propio rol.

Más allá de las instituciones, el sueldo recibido, los niveles de atención, está la subjetividad propia de cada sujeto que representa un rol social, sea de enfermera o de paciente. La relación entre estos roles no es más que la suma de sus partes, cada parte es importante en la totalidad, cada subjetividad entra con todo su mundo interno a relacionarse con el otro. Ya que, como dice Moreno, los roles tienen dos dimensiones, una privada y otra colectiva.

En base a los estudios de caso tratados con anterioridad creo que la relación enfermera-paciente es transferencial, lo cual significa que en las polaridades de la interacción los deseos inconscientes distorsionan la relación con el otro, las fantasías inconscientes llevan a percibir erróneamente y a malinterpretar lo que está sucediendo, una percepción irreal del yo al tú.

Como consecuencia de lo anterior, el sujeto tiende a responder en forma inadecuada a las situaciones que confronta en la interacción con el otro. Es una conducta motivada por la ansiedad; incluso, el mismo contexto de atención a pacientes graves o no graves puede llegar a ser ansigeno. La ansiedad es la ausencia de espontaneidad, genera respuestas inadecuadas a una situación nueva o estereotipadas a una situación común.

En los dibujos las enfermeras aparentemente se encuentran realizando las funciones de su rol social; pero hay rasgos muy sutiles que demuestran que algo está sucediendo, que algo aparte del rol social se encuentra interviniendo coartando los caminos que llevan a la correcta valoración del yo al tú.

La relación que ocupa mi interés "involucra a la persona en su totalidad. Así, el rol implica a la persona que opera como cuerpo organizado en la (...) interacción con otro; el contrarol es el otro (paciente), el otro distinto de sí. El cuerpo del otro, como contrarol, encarna y concretiza los fantasmas internos del yo en un rol psicodramático, ya que el contrarol no corresponde a la realidad objetiva sino a la realidad arbitraria creada por el mismo rol"¹.

En una interacción transferencial como la relación enfermera-paciente de los estudios de caso analizados, ocupa un lugar preponderante la realidad interna. En ella existe una amplia gama de objetos referentes a otros significativos, contraroles que en que muchas veces son contrastantes y contradictorios. Estos aspectos no sólo tienen su origen en el momento de la

¹ Boria, G. *Argumento tratado en el Congreso de la Asociación Internacional de Psicoterapia de Grupo. Buenos Aires, Argentina, Agosto, 1995.*

relación, sino se extienden a través del tiempo, incluso se remontan a la infancia de la enfermera o el paciente. Esos fantasmas se externalizan de acuerdo a la situación asistencial de enfermería o cualquier otra de la vida común.

En la relación enfermera-paciente estudiada el fenómeno tele es imperceptible, eso no lo exenta de existir, teóricamente puede estar presente, debe surgir gracias a la espontaneidad en el aquí y el ahora, como una respuesta adecuada a una situación nueva o una respuesta creativa a una situación cotidiana de la relación.

La presencia del tele es imprescindible en una relación de cercanía y riesgos tan intensos como lo es la relación objeto de éste estudio. Con lo anterior no pretendo forzar la relación a sentimientos de atracción (como lo es el tele positivo), también son importantes los sentimientos de rechazo y fuga (tele negativo).

Así, los fenómenos transferenciales o telicos que ocurren en la relación enfermera-paciente estudiada dependen de: la dimensión privada y colectiva del rol, del factor espontaneidad y del factor creatividad.

ANEXO

EL ÁMBITO FORMATIVO Y PSICOTERAPÉUTICO DE LA METODOLOGÍA PSICODRAMÁTICA COMO PROPUESTA DE INTERVENCIÓN AL INTERIOR DE LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE.



Sin duda, la relación enfermera-paciente es compleja, entran en juego aspectos que van de lo subjetivo a lo colectivo. En los casos presentados con anterioridad los roles se encuentran estereotipados, la relación es transferencial y no telica. Lo cual, trae serios problemas en lo servicios de salud y en los sujetos que ejercen el rol de enfermera o paciente.

Ante lo anterior; el psicólogo social no debe conformarse sólo con observar, analizar e identificar los problemas; debe intervenir, para intentar llegar a soluciones adecuadas. Es por ello que propongo al ámbito formativo y

psicoterapéutico de la metodología psicodramática como método de intervención en la relación enfermera-paciente.

EL ÁMBITO FORMATIVO DE LA METODOLOGÍA PSICODRAMÁTICA COMO ALTERNATIVA DE INTERVENCIÓN EN LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE.

Existe también la posibilidad de que la aplicación de la metodología psicodramática limite sus objetivos de cambio a modos relacionales específicos, a través de los cuales viene apoyada la intervención psicodramática: el objeto de la exploración no es ahora la personalidad individual sino el modo con el cual la persona perteneciente a un grupo dirige la relación propia de su ámbito. Sí la intervención psicodramática viene ejecutada al interior de un hospital, tales personas podrán ser el equipo de salud (médicos, enfermera general, auxiliar de enfermería, trabajadora social, etc.); sí fuese en una escuela tendría a la educadora. El ámbito de la indagación psicodramática se restringe a la relación demandada por los roles que mezclan los componentes de un cierto grupo. Por ejemplo: La actividad psicodramática realizada al interior de una escuela con el fin de afinar la capacidad del maestro a dirigir sus relaciones profesionales, previendo que la exploración psicodramática se orientada exclusivamente sobre bipolaridades (rol-contrarol) tales como: maestro / alumno, maestro / colega, maestro / otra persona con diverso status jerárquico (director, conserje), enseñante / padre del alumno. La intervención psicodramática de éste genero entra en el ámbito de la formación.

Así, en la intervención formativa se propone adentrarse y explorar problemáticas relativas a la profesión”¹.

“El rol playing es (...) un instrumento de aprendizaje y perfeccionamiento en las relaciones humanas, una iniciación a la solución de conflictos ulteriores por la solución de conflictos ficticios, y la representación de diversos roles generalmente, familiares, profesionales”².

Dentro del contexto de la relación enfermera-paciente el rol playing se puede enfocar en las problemáticas relativas a la enfermería, que interfieran en la calidad y calidez de la atención al paciente. Como el enfrentar la gravedad de éste, los familiares, a la urgencia, el dolor, la muerte, la desesperación, los demás miembros del equipo de salud, etc. Así, el objetivo de la intervención de rol playing está constituido por el grupo de enfermeras o pacientes y sus relaciones interpersonales.

El rol playing constituye una forma de intervención formativa porque con el me propongo, explorar problemáticas relativas a la profesión de enfermería y a la situación de paciente. Por ejemplo: se puede representar rol playing de una situación donde el paciente ha muerto, un miembro del grupo será la enfermera, otro el paciente, uno más el médico, un familiar del paciente, la muerte, la enfermedad, etc.; después cada quien improvisa y juega espontáneamente en su rol asignado. “El rol playing (...) permite la producción de una enseñanza viva; (...) representar situaciones inventándolas permite integrarlas de manera activa (...) y resaltarlas”³.

El fundamento en el rol playing es el juego y la espontaneidad que con el se desarrolla, el niño al jugar a mamá o papá se mete dentro de ellos,

¹ Boria, G. *Lo psicodrama clásico*. p 313

² Ancelin S, A. *Introducción al “role playing”*.p 79

³ *Ibíd.*. p 37

haciendo como sí fuera ellos, desarrollando su espontaneidad y creatividad. Como dice Moreno:

*"Jugar el rol es entrar al interior del padre o de la madre y se lo lleva dentro de sí"*⁴.

Así, para Moreno el rol playing es considerado "como una técnica de exploración, de expresión de sí hacia el interior de un universo conocido".

El objetivo de aplicar rol playing en la relación enfermera-paciente es lograr que los roles se desempeñen de manera más espontánea y creativa, que la relación se encuentre mayormente determinada por fenómenos tele.

El rol playing se sirve de los siguientes elementos:

- ➔ El escenario. "Es el espacio físico donde se realiza la dramatización, pero es mucho más que eso. Es el lugar del *como sí* dramático: como sí está fuera mi casa,, como sí está fuera mi padre, como sí está fuera la época de mi adolescencia"⁵, como sí esté fuera mi paciente.
- ➔ El protagonista. Es "el sujeto o paciente sobre el que centra la acción dramática, él debe ser sí mismo sobre el escenario y no un actor, ya que el actor esta condenado a sacrificar su mundo por el rol que el autor le coloca en la obra que representa"⁶. Cuando no existe un protagonista, los miembros del grupo que realizan acciones en el escenario ocupan éste elemento de la metodología psicodramática.
- ➔ El director. "Es el que lleva la secuencia dramática e implanta las técnicas"⁷.
- ➔ El yo auxiliar, sólo cuando, en la escena se representa alguna acción de rol-contrarol. Cuando el protagonista necesita o desea algún sujeto que represente un papel.

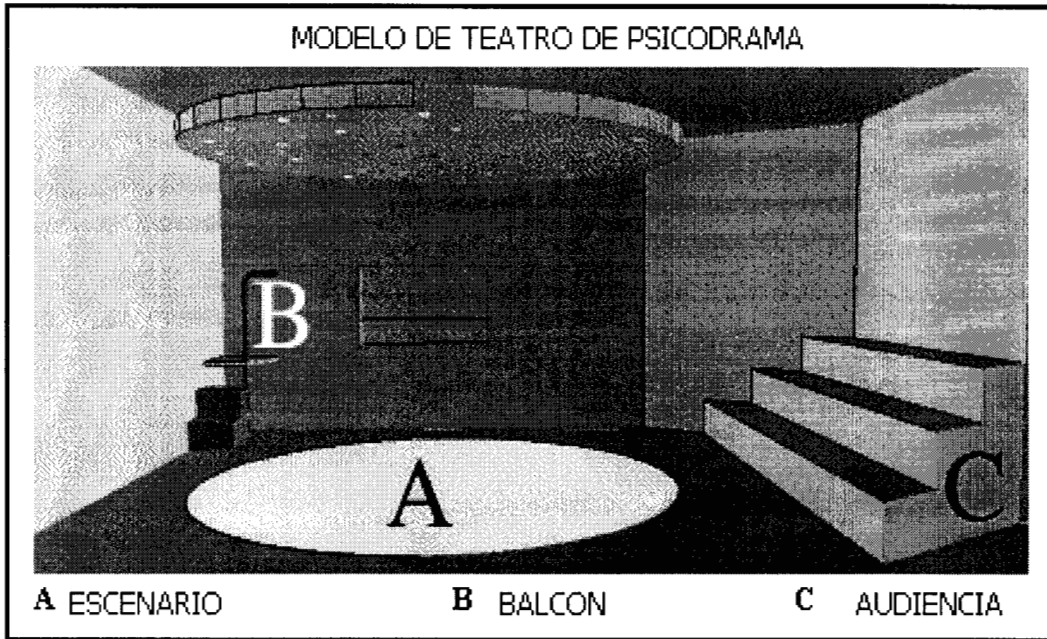
⁴ Moreno, J.L. *El Psicodrama*.pp 102-103

⁵ Bello, Ma.C. *Introducción al Psicodrama*. p 48

⁶ Moreno, J.L. *Fundamentos de la Sociometría*. p 82

⁷ *Ibíd.*. p 48

→ Audiencia. Sólo en el caso de que alguna parte del grupo de encuentre en el escenario. Por audiencia se entiende, la parte del grupo que no está participando directamente durante la dramatización; población que por un momento queda fuera pero siempre está participando aún desde el silencio”⁸.



La metodología psicodramática sigue una secuencia de tres fases:

- Caldeamiento. Tiene la función de preparar para la acción de la espontaneidad, pasando de la periferia al centro.
- La propia representación, donde se realizan las acciones con el grupo o el protagonista.
- El compartir o Sharing. Donde cada quien integra lo propio derivado de las actividades que se realizaron. El poner en palabras los sentimientos y recuerdos que ha generado en cada persona lo sucedido durante la participación del protagonista.

Es recomendable iniciar las sesiones con la integración del grupo (presentación en inversión de rol, por ejemplo), involucrar poco a poco al

⁸ Ibid.. p 49

grupo (dependiendo de la capacidad contenedora de éste), y dedicar la última sesión al trabajo de despedida.

EJEMPLOS DE INTERVENCIÓN GRUPAL FORMATIVA EN ÉSTA RELACIÓN.

Por motivos didácticos, y para ilustrar la manera en que se puede realizar trabajo grupal en el ámbito formativo dentro del ámbito clínico – hospitalario, presentare dos ejemplos, divididos en las tres fases propias de la metodología de acción del psicodrama, donde participan los mismos sujetos que arriba se mencionan.

SESIÓN 1

Se trata de un grupo de cinco profesionales de enfermería (Sofía, Armando, Juan, Inés y Lupe) y el director. Se trabajara con rol playing, una técnica encuadrada dentro del ámbito formativo de intervención psicodramática.

“El rol playing es (...) un instrumento de aprendizaje y perfeccionamiento en las relaciones humanas, una iniciación a la solución de conflictos ulteriores por la solución de conflictos ficticios, y la representación de diversos roles generalmente, familiares, profesionales”⁹.

El rol playing constituye una forma de intervención formativa porque con el me propongo, explorar problemáticas relativas a la profesión de enfermería y a la situación de paciente. Por ejemplo: se puede representar rol playing de una situación donde el paciente ha muerto, un miembro del grupo será la enfermera, otro el paciente, uno más el médico, un familiar del paciente, la muerte, la enfermedad, etc.; después cada quien improvisa y juega espontáneamente en su rol asignado. “El rol playing (...) permite la producción

⁹ Ancelin S, A. *Introducción al “role playing”*.p 79

de una enseñanza viva; (...) representar situaciones inventándolas permite integrarlas de manera activa (...) y resaltarlas”¹⁰.

Dentro del contexto de la relación enfermera-paciente el rol playing se puede enfocar en las problemáticas relativas a la enfermería, que interfieran en la calidad y calidez de la atención al paciente. Como el enfrentar la gravedad de éste, los familiares, a la urgencia, el dolor, la muerte, la desesperación, los demás miembros del equipo de salud, etc. Así, el objetivo de la intervención de rol playing está constituido por el grupo de enfermeras o pacientes y sus relaciones interpersonales.

CALDEAMIENTO (TRABAJO INICIAL)

ACTIVIDAD: Activación psicomotriz para empezar a involucrar a los participantes en la sesión.

Se inició con cinco personas y el director, la consigna era caminar en forma diferente (atrás, adelante, etc.), haciendo movimientos corporales, después caminamos de forma muy lenta, son pesados, muy pesados; pero también son ligeros, muy ligeros, tan ligeros que se los lleva el viento (como el diente de león), no se puede chocar.

Posteriormente se colocan en cuatro patas como animalitos, la consigna es perseguirse entre todos. En la oscuridad se dan saltos al rededor del recinto, que los saltos sean tan altos como si quisieran llegar al cielo, jugando a que son un globo y que quieren llegar muy alto. Caminen moviendo el cuerpo de forma exagerada, interactúen todos enséñenle a los demás lo que están haciendo.

MOMENTO DEL GRUPO

ACTIVIDAD: Expansión de sí hacia el interior de un universo conocido y conocimiento del otro.

¹⁰ Ibid.. p 37

Ahora, como el psicodrama es algo mágico, en este escenario van a representar la escena de unas enfermeras y unos pacientes graves en el servicio de urgencias. Para ello necesito que ustedes sean los personajes. Lupe vas a ser una enfermera temerosa; Inés una enfermera muy insegura; Armando un paciente grave muy agresivo; por último, Juan y Sofía serán unos familiares del paciente, los cuales están muy tensos.

Como el psicodrama es algo mágico, vamos a transformarnos en los papeles que les he asignado; cuando de una palmada cierran los ojos, dan una vuelta y cuando diga ¡Alto! Serán el personaje que les he asignado y dejarán de ser lo que son.

Armando te colocas en tu camilla, Lupe e Inés atendiéndolo, Juan y Sofía a su lado, comiencen a actuar, cuando yo diga ¡Alto! se detienen. La escena se desarrolla unos minutos.

Después, se colocan enfrente, cuando aplauda cierran los ojos, dan una vuelta a su izquierda y en ese momento dejan de ser los enfermeras ,pacientes o familiares y vuelven a ser lo que eran antes.

CIERRE DE LA SESIÓN

ACTIVIDAD: Cierre de la sesión con comentarios finales en cadena y reparación de lo movilizado.

Inés, elige a una persona a quien vas a comentar cómo te sientes en éste momento ¿A quién le hablas?, Inés: A Armando "En esté momento yo te quiero decir que...", Armando elige a una persona a quien quieras comentarle como te sientes ¿A quién le hablas?, Armando: A Lupe "En esté momento yo te quiero decir que...", Lupe elige a otra persona... El último se dirige al grupo.

El trabajo puede ser movilizante porque algunos personajes son los roles que en la vida real desempeñan los miembros del grupo. Para ello es necesario

reparar lo movilizado con alguna actividad de contacto, de cuidar y ser cuidado.

Para cerrar la sesión se colocan en círculo, las personas cuyo ejercicio fue movilizante se colocan en el centro, cierran los ojos y se sueltan, como perdiendo el sentido, los demás miembros del grupo los cuidan, haciendo todo lo posible porque se sientan bien. Después, todos se colocan de manera que tengan contacto corporal cierran los ojos y disfrutan unos momentos de esa sensación. Se despiden de la manera que se les ocurra.

SESIÓN 2

Se trata de una sesión donde se explotan una de las técnicas esenciales de psicodrama, la inversión de rol; dentro del ámbito formativo.

CALDEAMIENTO (TRABAJO INICIAL)

ACTIVIDAD: Activación psicomotriz para empezar a involucrar a los participantes en la sesión.

Ahora, necesito que se pongan en círculo, de "x" a la derecha, cada uno va a pasar al centro del círculo y expresará con su cuerpo y con algún sonido o frase, la forma en que se siente, el estado de ánimo con el que ha llegado a esta sesión, al terminar pasa de nuevo a su lugar en el círculo y los otros pasan al centro haciendo lo mismo, después regresan a su lugar, ejemplo: "¡ay vengo muy cansado, ¡hayi ¡hayi. Entonces así en círculo se toman de las manos y van a hacer lo que les ordene y cuando de la señal se detienen; caminan a la derecha, a la izquierda, ¡alto!, corran a la derecha, a la izquierda, ¡alto!, corran más rápido, más rápido; ahora, muy lento, demasiado lento, a la izquierda, casi no se ve el movimiento ¡¡Alto!! (se detienen). Nos saludamos de manera inusual con el pie, el hombro, los oídos, etc. Caminen por todo el lugar con los ojos cerrados, acelerando poco a poco el paso, tratando de no chocar con los otros compañeros; más rápido, más rápido, más

rápido, ¡alto!, abrimos los ojos, empezamos a correr por todo el lugar, tratando de estorbar a los otros, pero no dejen de correr, y no permitan que sus compañeros pasen, ¡alto!.

MOMENTO DEL GRUPO

ACTIVIDAD: Elección de un paciente significativo para mejorar el conocimiento del tú

Pasamos a una fantasía guiada donde son pasados, ligeros (como globo, es importante que de globo pasemos a ser personas); piensen en uno de sus nuestros pacientes, un paciente importante, significativa para ustedes, reflexionen sobre alguna pregunta que le quieran hacer, abren los ojos poco a poco y apuntan su pregunta con su nombre (atrás) de una tarjeta. Ésta pregunta se representará (el director tiene en la mano las tarjetas, escogiendo los turnos), diciendo al protagonista (con la tarjeta en la mano) ¿Para quien es ? ¿Cómo se llama?, escoge a alguien que valla a ser ella y alguien que seas tu y preguntas, en intercambio de roles se contesta. El dialogo se sigue hasta que el protagonista quiera (según la situación); pasan todos.

CIERRE DE LA SESIÓN

ACTIVIDAD: Compartir con los otros el sentimiento derivado de las actividades y reparación de lo movilizad.

Se hacen parejas alguien es A ó B, A es mamá y B es bebé, se acurrucan y mamá protege al niño (se deja un momento) , después mamá la hace de bebé y bebé de mamá; en cadena se comparte al grupo lo que en ese momento siente cada quién, *"el haber traído a esa persona me hace sentir en este momento así..".* ¿Por qué?.

EL ÁMBITO PSICOTERAPÉUTICO DE LA METODOLOGÍA PSICODRAMÁTICA COMO ALTERNATIVA DE INTERVENCIÓN EN LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE.

"La actividad psicodramática orientada a explorar el contenido mental de una persona, con el intento principal de producir cambios significativos en el modo de funcionamiento de la personalidad global o en aspectos de ella coloca a la intervención psicodramática en el ámbito de la psicoterapia".

Así, en la intervención psicoterapéutica se adentra el intimidad afectiva de la persona ¹¹.

En éste ámbito se siguen las mismas fases y se presentan los mismos elementos que en el formativo. Es aplicado por el psicodramatista, un profesionalista calificado que ha recibido un entrenamiento especial.

EJEMPLO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN ÉSTA RELACIÓN.

A continuación se presenta un ejemplo del ámbito psicoterapéutico, se trata de una persona que representa parte de su mundo interno relacionado con su trabajo cotidiano de enfermera.

SESIÓN 3

CALDEAMIENTO (TRABAJO INICIAL)

ACTIVIDAD: Activación psicomotriz para empezar a involucrar a los participantes en el trabajo grupal.

Caminando sintiendo el cuerpo, los músculos, ahora son ligeros, ligeros; después son pesados, muy pesados, respiran profundo hasta la parte baja del vientre, caminan como animalitos. Nos tomamos de las manos y en círculo damos vueltas a la izquierda y derecha.

¹¹ Boria G. Op. Cit. Pp 313

Por otro lado, caminando endurezcan sus músculos, como si fueran agua en congelamiento, caminen con sus músculos tiesos, ahora se convierten en plomo muy pesado pero siguen caminando hasta que ya no puedan moverse de lo duro que esta su cuerpo, siéntanlos como están duros. ¡Alto!. Ahora su cuerpo comienza a descongelarse, se vuelven blandos poco a poco, se sienten aguados, muy suaves, hasta que son agua que corre por el suelo. El piso tiene un desnivel y el agua corre hasta el centro del salón . Todos se juntan, descansen acostados. Incorpórense lentamente

Volvemos a caminar, cerramos los ojos miramos a nuestros compañeros, tratamos de sentir la forma como son, miramos nuestros pies, vemos como son, como se apoyan, cómo es su forma, su tamaño, nos conectamos con nuestras emociones, sentimientos.

ACTIVIDAD: Elección de un protagonista y representación de su escena.

Buscan un lugar muy cómodo y se colocan en una posición agradable, cierran los ojos y piensan en algunas situaciones vividas con los pacientes, puede ser del pasado o del presente, agradable o desagradable. Van pasando como fotografías, las ven una por una, ven que sentimientos les despiertan y de todas ellas escogen una, esa la miran bien y guardan su imagen; ahora, abren poco a poco los ojos.

Se colocan en círculo, den un nombre a su imagen. En una primera ronda cada uno dice el nombre de su imagen, en una segunda, cada uno comenta un poco el contenido, los demás escuchan. Ya que se concluyó lo anterior, cuando yo diga ¡Ahora! colocan su mano sobre el pie de la persona cuya imagen les gustaría ver. Se cuentan las manos en cada pie, se representa la que tenga más.

MOMENTO DEL PROTAGONISTA

ACTIVIDAD: Representación y exploración de la escena del protagonista.

El director se hace cargo del protagonista, se da la interacción entre el director y el protagonista, el paso de la realidad a la semirealidad.

Definir el nuevo tiempo, platicar con el protagonista sobre los contenidos y modalidades de éste tiempo.

Construir la escena a representar, se va ubicando el director dentro de la escena, y entrevista al protagonista sobre los contenidos y modalidades de la escena.

Personajes de la escena. Definir a los personajes traídos a la escena (paciente, enfermeras, médico, etc.), elección de yo-auxiliares de la audiencia, entrevista y doblaje a los diversos personajes y la utilización del alter – ego.

Representación con la movilización de los personajes, intervenciones del director al interior o al exterior de la escena (con técnicas como: inversión de rol, doble, espejo, soliloquio, etc.), aplicación de estrategias del director para hacer evidente el sentimiento central del protagonista en la escena.

Representación modificada, el director invita explícitamente a modificar el evento.

Regreso a la realidad, el director señala el momento final de la representación, despide a los yo-auxiliares y despide al protagonista regresando de la semirealidad a la realidad¹².

SHARING (CIERRE DE LA SESIÓN)

ACTIVIDAD: Compartir con los otros el sentimiento de la escena del protagonista.

Se colocan todos en círculo, dentro de él, en el centro se coloca el protagonista; cada quien dice algo muy propio, lo que sintió o recordó al ver la representación. Es importante el no decir consejos, pues esto es algo muy violento.

¹² Tomado de materiales internos de la EEPC en México

Inventen una forma de despedirse de cada uno de sus compañeros que expresen lo que sienten en este momento.

Por otro lado, actualmente muchas de éstas técnicas son utilizadas de manera indiscriminada e inadecuada bajo el calificativo de "dinámicas de grupo", alterándolas en su esencia.

Es conveniente tener en cuenta que detrás de lo anterior se encuentra una base teórica y filosófica, la cual es importante tomar en cuenta.

BIBLIOGRAFÍA

- AUBIN, Henry.
1980, *El dibujo del niño inadaptado*,
ed. Liana: Barcelona;
450 pp.
- BELLO, Ma. Carmen.
2000, *Introducción al Psicodrama*,
(Guía para leer a Moreno),
ed. Colibrí: México;
Col. Obra Negra,
134 pp.
- BISQUERRA, Rafael.
1989, *Métodos de investigación Educativa*,
(Guía práctica),
ed. CEAC: Barcelona.
- BORIA; Giovanni.
1997, *Lo Psicodrama Clásico*,
ed. Franco Angeli: Milán;
col. Psicoterapie, no. 10,
382 pp.
- CLAYTON, Max.
1993, *Living Pictures of the self*,
(Applications of Role Theory in
Professional Practice and Daily Life),
ed. ICA Press: Australia;
Col. Series of training Books No. 3
112 pp.
- COVARRUVIAS, Francisco.
1991, *Manual de técnicas y procedimientos
de investigación social desde la
epistemología dialéctico-crítica*.
Ed. CCH-Sur / UNAM: México;
112 pp.
- DE LA GARZA, Enrique.
1988, *El método del concreto-abstracto-
concreto*,
(Ensayos de metodología marxista),
Ed. UAM-I: México;
Col. Biblioteca Científica No. 3
189 pp.

- ENE0 / UNAM.
1984,
Situación Actual y perspectivas de la práctica social de enfermería en México,
(Memorias),
Ed. ENE0 / UNAM: México;
151 pp.
- HAMMER, Emmanuel F.
1984,
Test Proyectivos gráficos,
ed. Piados: Argentina;
Col. Biblioteca de psicometría y psicodiagnóstico,
397 pp.
- MACHOVER, Karen.
1974
Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana,
ed. Cultural: Bogota;
167 pp.
- MORENO; Jacob Levi.
1993,
El Psicodrama,
(Terapia de acción y principios de su práctica),
ed. Lumen-Hormé: Buenos Aires.
- MORENO; Jacob Levi.
1972,
Fundamentos de la Sociometría,
Ed. Piados: Buenos Aires;
Trad: García Bouza y Saúl Karsz.
433 pp.
- MORENO; Jacob Levi,
MORENO; Zerka Toeman.
1995,
Gli spazi dello Psicodramma,
ed. Di Renzo Editore: Roma;
Col. Psicología,
Trad. Monica Miceli,
273 pp.
- MORENO; Jacob Levi.
1973,
Psicodrama,
ed. Hormé: Buenos Aires;
Trad. Daniel R. Wagner,
367 pp.
- MORENO; Jacob Levi.
N.D.
Psicomúsica y Sociodrama,
(Cinematografía y TV terapéutica),

- ed. Hormé: Buenos Aires,
Trad. Carlos E. Saltzmann,
253 pp.
- MORENO; Jacob Levi.
1979,
Psicoterapia de grupo y Psicodrama,
(Introducción a la teoría y la praxis),
ed: Fondo de Cultura Económica:
México;
Trad. Amando Suárez,
Col. Biblioteca de Psicología y
Psicoanálisis,
409 pp.
- MORENO; Jacob Levi.
1961,
"The role concept: a bridge between
psychiatry and psychology"
en: *American Journal of Psychiatry*.
- SCHÜTZENBERGUER, A. Ancelin.
1987,
Introducción al "Role – playing",
(El Sociodrama, el Psicodrama y sus
aplicaciones en asistencia social , en
las empresas, en la educación y en la
Psicoterapia),
ed. Merova: Madrid;
Trad. Pedro r. Santidrián,
Col. Biblioteca Marova de estudios del
hombre, No. 111041,
131 pp.
- ZEMELMAN, Hugo.
1987,
Conocimiento y sujetos sociales,
(Contribución al estudios del
presente),
Ed: El Colegio de México: México;
226 pp.
- ZEMELMAN, Hugo.
1987,
"La Totalidad como perspectiva de
descubrimiento"
en: *Revista Mexicana de Sociología*,
Año XLIX / Vol. XLIX. Num. 1 Enero-
Marzo,
Ed. Instituto de Investigaciones
Sociales / UNAM: México.