



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

**Teatro espontáneo como una posibilidad de reparación
comunitaria en contextos de catástrofe. Experiencia de
habitantes de Cobquecura, localidad chilena afectada por el
terremoto del 27 de febrero de 2010, que participan en una
función de teatro espontáneo.**

*TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGA Y AL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA*

Estudiante: Fabiola Andrea Besoain Martínez

Docente Patrocinante: Adriana Espinoza

Santiago, Noviembre de 2013

AGRADECIMIENTOS

A Paulo, compañero de vida por atreverse a transitar esta historia con coraje y tenacidad.

A mis hijos e hija, Gabriel, Sofía Paulo y Manuel,
por ser lo más bello de mi vida, por escribir día a día
con alegría y fuerza la historia de esta familia.

A mi madre, mi padre y mis hermanos, por su incondicionalidad infinita, por creer en esta historia y ser parte de ella, acompañando en cada momento mi camino.

A mis queridos y queridas Katrico, a cada uno y cada una de ustedes, por creer en sus propias historias y en que entre todos/as podemos construir las más bellas historias, múltiples y diversas para este mundo.

A las mujeres de mi vida.

A las maestras y los maestros del camino...

...gracias...

ÍNDICE

	Página
I. RESUMEN	8
II. INTRODUCCIÓN	9
2.1. Problematización del fenómeno de investigación	11
2.2. ¿Cómo funcionaron las instituciones estatales encargadas de la salud mental ante esta catástrofe?	15
2.3. Pregunta de Investigación	24
2.4. Objetivos de la Investigación	25
2.4.1. Objetivo General	25
2.4.2. Objetivos Específicos.....	25
III. MARCO TEÓRICO	26
3.1. Atención de Salud Mental en situaciones de catástrofes	26
3.2. Estrés postraumático y trauma psicosocial en situaciones de catástrofe	30
3.2.1. Fundamentos biológicos de la exposición a hechos traumáticos	32
3.2.2. Modelo Psicodinámico	33
3.2.3. Modelo Cognitivo Conductual	36
3.3. Factores que inciden en la aparición de sintomatología traumática	37
3.4. Datos Epidemiológicos	38
3.5. Intervención Psicosocial con enfoque comunitario y Teatro de la Espontaneidad: Convergencias teóricas.....	41
3.5.1. Conceptualización de Psicología Comunitaria	41
3.5.2. El lugar del poder.....	43
3.5.3. El individuo como parte de una colectividad.....	44
3.5.4. El lugar del otro en la transformación individual y colectiva.....	45
3.5.5. La necesidad de generar rupturas en el orden establecido	47
3.6. Teatro Espontáneo: Una posibilidad de reparación psicosocial comunitaria.....	48
3.6.1. Antecedentes históricos y teóricos del Teatro Espontáneo: La teoría de Jacobo Levy Moreno	48
3.6.2. Desarrollos actuales del teatro espontáneo en Latinoamérica	57
3.7. Teatro Espontáneo y psicodrama: Paradigma y práctica.....	57
3.8. Principales conceptos teóricos del Teatro Espontáneo.....	60
3.8.1. Concepto de vínculo	60
3.8.2. Conceptos de Locus, Status Nascendi y Matriz. La filosofía del momento	62

3.8.3. Concepto de espontaneidad	63
3.8.4. Concepto de Rol	66
3.8.5. Catarsis de Integración	67
3.9. Elementos del Teatro Espontáneo.....	69
3.9.1. El Director	69
3.9.2. Los actores: El lugar del protagonista y la platea	72
3.10. Formatos o dispositivos de abordaje en teatro espontáneo	75
3.10.1. Teatro Playback	75
3.10.2. Teatro Debate	75
3.11. Estructura de una sesión de Teatro Espontáneo	76
3.11.1. Caldeamiento.....	77
3.11.2. Desarrollo Dramático	77
3.11.3. Sharing o momento para compartir la experiencia	78
3.11.4. Rito de cierre	79
IV. CONDICIONES SOCIOCULTURALES Y ANTECEDENTES GENERALES DE LA LOCALIDAD INTERVENIDA.....	81
V. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....	83
5.1. Técnicas de producción de la información.....	85
5.2. Procedimientos de Investigación	86
5.3. Selección y características de la Muestra.....	86
5.4. Criterios de inclusión de la muestra.....	88
5.5. Análisis de datos	89
VI. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	90
6.1. Necesidad vigente de acciones de ayuda adecuadas para la población general	91
6.1.1. Necesidad de verbalizar la vivencia	92
6.1.2. Sintomatología post catástrofe.....	92
6.1.3. Dificultad para buscar ayuda profesional	95
6.1.4. Escasa disponibilidad de acciones de reparación psicosocial	96
6.2. Necesidad vigente de acciones de reparación para grupos específicos como Funcionarios de Salud.....	98
6.2.1 Responsabilidad desde el rol profesional v/s postergación de necesidades personales post catástrofe.....	99
6.2.2. Inexistencia de espacios de contención y autocuidado para profesionales de la Salud	99

6.2.3. Dificultad de emprender acciones de reparación intragrupales en el equipo de salud.....	100
6.2.4. Sintomatología como equipos de trabajo	101
6.3. Elementos percibidos como reparadores desde la vivencia de la función con la metodología de Teatro Espontáneo	103
6.3.1. Equipo de trabajo percibido como agentes terapéuticos	103
6.3.2. Percepción de espacio como contenedor y generador de confianza.....	104
6.3.3. Escucha Terapéutica	105
6.3.4. Equipo de trabajo percibido como agentes terapéuticos	106
6.4. Elementos percibidos como reparadores desde la estructura metodológica propia del Teatro Espontáneo	107
6.4.1. Utilización del trabajo con el cuerpo.....	107
6.4.2. Participación activa y vivencial.....	110
6.4.3. Posibilidad de identificarse con la experiencia	112
6.4.4. La Escena Teatral como espacio de intervención terapéutica.....	116
6.4.5. Posibilidad de verbalizar los contenidos propios.	120
6.4.6. El lugar de la audiencia.....	122
6.4.7. La utilización de música en vivo.....	124
6.5. Percepción de cambio psicológico luego de la experiencia	125
6.5.1. Sensación de descarga o disminución de la angustia	126
6.5.2. Insight o aprendizajes derivados de la experiencia	126
6.5.3. Sensación de bienestar posterior a la experiencia	127
6.6. Interés por repetir la experiencia	128
VII. DISCUSIÓN	130
7.1. Condiciones y necesidades	130
7.1.1. Fenómenos de Victimización secundaria como respuesta al actuar de los aparatos públicos.....	130
7.1.2. Necesidad de generar respuesta desde un enfoque que fortalezca los vínculos sociales.....	132
7.2. Teatro Espontáneo: un abordaje para la reparación psicosocial en situaciones de catástrofe.	133
7.2.1. Teatro espontáneo como forma de reconstrucción de la memoria colectiva	133
7.2.2. Teatro espontáneo como rito colectivo que refuerza el entramado social	138
7.2.3. La importancia de ser y tener testigos como posibilidad que brinda el Teatro Espontáneo	139

7.2.4. Teatro espontáneo como espacio para los contra relatos y su importancia en la construcción de sentido.....	141
7.2.5. La posibilidad que ofrece el teatro espontáneo de acceder a las diversas formas de memoria.....	142
7.2.6. El abordaje del cuerpo en el teatro espontáneo desde una dimensión estética y su relevancia en el proceso de superación de la experiencia traumática	143
7.2.7. La dimensión estética del teatro espontáneo y su capacidad sanadora ...	145
7.2.8. Salud Pública y el abordaje del trauma desde la perspectiva del teatro espontáneo.....	147
VIII. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN	149
8.1. Limitaciones del estudio	152
8.2. Aportes de la investigación.....	152
IX. BIBLIOGRAFÍA	154
ANEXOS	159
ANEXO 1: Planificación de Estructura de las Funciones	160
A.1.1. Función dirigida a Funcionarios de CESFAM Cobquecura	160
A.1.2. Función dirigida a usuarias de CESFAM Cobquecura, que participan de un espacio grupal para mujeres con diagnóstico de depresión.....	162
ANEXO 2: Cuestionarios de Entrevistas.....	164
A.2.1. Entrevista a la Comunidad.....	164
A.2.2. Entrevista a Profesionales	167

ÍNDICE DE CUADROS

	Página
Cuadro 1: Fundamentos biológicos de la exposición a hechos traumáticos.....	32
Cuadro 2: Modelo Psicodinámico.....	34
Cuadro 3: Modelo Cognitivo Conductual.....	36
Cuadro 4: Tasa porcentual de personas con trastornos ansiosos en control durante el primer semestre del 2008 al 2010.....	39
Cuadro 5: Categorías y Subcategorías	90

I. RESUMEN

La presente investigación es un intento por aportar a la comprensión del abordaje de la reparación psicosocial en contextos de catástrofes colectivas, desde una perspectiva comunitaria, basándose para esto en una experiencia de trabajo a través de la metodología de teatro espontáneo, desarrollada en la localidad de Cobquecura, afectada por el terremoto ocurrido en Chile el 27 de febrero [27F] de 2010, con dos grupos específicos de habitantes (Funcionarios de Salud en atención primaria y Grupo de mujeres usuarias del Centro de Salud Familiar [CESFAM] con diagnóstico de depresión).

Para este propósito se comenzará con una exposición panorámica de lo que ha sido el abordaje del proceso de reconstrucción, tanto material como psicosocial, en el país en general, tanto desde el aparato estatal como desde la sociedad civil.

Posteriormente se realiza una revisión teórica sobre cómo se entiende el abordaje de la salud mental en situaciones de catástrofe, profundizando en los planteamientos sobre el Síndrome de estrés postraumático y trauma psicosocial para, desde estas consideraciones, proponer a la metodología de teatro espontáneo como una forma de abordaje psicosocial con enfoque comunitario adecuado para el trabajo con grupos y comunidades que han vivido una experiencia traumática colectiva y que requieren un proceso de reparación psicosocial.

Se realiza un análisis de los alcances de esta metodología basándose en los resultados obtenidos a través de una entrevista en profundidad realizada a algunos de los participantes de la experiencia señalada.

Para finalizar se presenta una discusión de integración teórica respecto de la terapia del trauma y al abordaje artístico, en particular, el teatro, como forma de trabajar este fenómeno humano, seguido de las conclusiones extraídas a lo largo de la ejecución y elaboración de la presente investigación.

II. INTRODUCCIÓN

“Ese duende que hay que despertar en las últimas habitaciones de la sangre... el duende que sobre los planos viejos, da sensación de frescura inédita, con calidad de rosa recién cortada... el duende necesita de un cuerpo vivo que lo interprete... imposible repetirse nunca... anuncia el constante bautizo de las cosas recién creadas”.(García Lorca,1986 en Garavelli 2003)

Durante el año 2010, nuestro país fue afectado por una de las más grandes catástrofes naturales registrada en los últimos años: el terremoto y posterior tsunami que afectó las localidades ubicadas entre la V y X región. Las zonas más afectadas por el terremoto fueron las regiones chilenas de Valparaíso, Metropolitana (Santiago), O'Higgins, Maule, Bío-Bío y la Araucanía, que acumulan más de 13 millones de habitantes, cerca del 80% de la población del país. En las regiones del Maule y el Bío-Bío, el terremoto alcanzó la mayor intensidad, afectando principalmente a ciudades como Talca, Constitución, Concepción y Talcahuano. Cerca de 500 mil viviendas quedaron con daño severo y se estimó un total de 2 millones de damnificados (más del 10% de la población del país). Utilizando el lenguaje de los geólogos y sismólogos, éste es el último “gran terremoto” que ha habido en el mundo, tuvo una intensidad de 8,8° Richter. Luego del sismo principal, se produjeron varios tsunamis que afectaron una extensa zona geográfica del centro sur de Chile, abarcando una longitud de 450 kms. y un ancho de 150 kms. El epicentro se ubicó en el mar, en la Región del Bío-Bío, a 17 kms. de la localidad costera de Cobquecura, 150 Km de la ciudad de Concepción y aproximadamente a 500 km. de la ciudad capital del país – Santiago. Sin embargo, los mayores estragos fueron ocasionados por el maremoto que azotó gran parte de las costas chilenas, en donde olas de 10 metros de altura entraron entre 150 y 200 metros en estas localidades. El número de muertos tras este sismo se estableció en 512 identificados, de los cuales la mayoría fue por asfixia de inmersión.

En las 24 horas siguientes ya se habían producido más de un centenar de réplicas de diversa intensidad, siendo la más fuerte registrada a menos de dos horas del suceso y que alcanzó una magnitud de 6,9 grados, nuevas alertas

de maremotos y más de 200 réplicas que superaban los 4,9 grados, causaron mayor angustia en la población.

El día 11 de marzo se registró un nuevo terremoto de 6,9 grados, afectando casi las mismas zonas del evento del 27F, con más de 11 réplicas mayores a 5 grados. Esto causó nuevamente caos y fuertes reacciones emocionales colectivas, por la amenaza de un nuevo maremoto.

Tras el movimiento telúrico, y luego del primer catastro de daños, un 82% del suministro eléctrico, así como cerca de un 96% del abastecimiento de agua potable fueron afectados; sin embargo, estos servicios básicos se recuperaron a paso acelerado en Santiago, la capital. Otro fue, eso sí, el panorama en las regiones. Allí el proceso de reconstrucción ha tardado más de lo previsto y a dos años de sucedido el desastre, aún muchas familias se encuentran ocupando viviendas provisorias, sobre todo en las pequeñas comunidades, entre las que destaca un importante número de caletas pesqueras que no han podido todavía normalizar sus vidas. (Cruz Roja Chilena, 2012, p. 6)

Desde la literatura, respecto a las secuelas psicosociales post catástrofe, se señala que si bien responden a la capacidad de resistencia y al grado de vulnerabilidad de cada individuo y /o comunidad, en la mayoría de los casos éstas requieren tratamientos específicos. Es así como en la década del 80 y tras variados estudios tanto en Europa como EE.UU, se comienza a hablar del síndrome de estrés postraumático, que aúna sintomatología ligada a problemas del sueño, ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, y dificultades en control de la ira (Grinkel y Spiegel, 1945 citados en De Nicolás y Martínez, 1997).

Esta investigación centra sus objetivos en una de las localidades más afectadas por la catástrofe, Cobquecura, que si bien no sufrió las consecuencias del tsunami, tal como se ha señalado, fue el lugar donde se ubicó el epicentro del fenómeno telúrico.

En este contexto, tanto desde las políticas públicas como desde la sociedad civil, surgieron numerosas propuestas de ayuda, la mayoría fueron enfocadas hacia la atención de la fase de emergencia de la catástrofe, por un lado y hacia

la reconstrucción material por otro. Se plantea entonces que en cuanto a acciones de reparación psicosocial, sobre todo para la etapa de normalización, no ha habido disponibilidad ni adecuación en las medidas ofrecidas tanto por la institucionalidad estatal a cargo, como desde otras fuentes de ayuda.

Por lo tanto, uno de los intereses de la presente investigación es indagar en tres grupos específicos de las localidades señaladas, que participan de la intervención propuesta, la disponibilidad de acciones en materia de reparación psicosocial a las que ellos y ellas tuvieron acceso. Así también como objetivo principal busca ser un aporte desde una propuesta de intervención psicosocial, dirigida a la etapa de reparación y normalización de una catástrofe, desde nuevos abordajes en donde confluye la terapéutica, el arte y el que hacer comunitario.

Lo anterior a partir del análisis en profundidad de entrevistas realizadas a habitantes de las localidades de Tirúa y Cobquecura, afectadas por el terremoto del 27 de febrero de 2010, que participan en una intervención grupal post catástrofe, con enfoque comunitario, a través de la metodología de Teatro Espontáneo.

Se propone así la importancia que adquiere conocer y contar con herramientas posibles de ser aplicadas en este contexto en donde la salud mental de la población afectada requiere ser abordada de manera de restituir sus posibilidades de confianzas y acción colectiva frente al desastre y no sólo a medicalizar con el fin de disminuir la sintomatología.

Por tanto se espera que el modelo de abordaje propuesto pueda resultar una herramienta efectiva en términos de reparación psicosocial comunitaria, es decir, tomando en cuenta el contexto y realidad de cada grupo y comunidad con la cual se trabaja tanto en sus necesidades como en sus propios recursos de reparación psicosocial.

2.1. Problematicación del fenómeno de investigación

En este apartado, se revisa de forma crítica la mirada de la política pública en cuanto a plan de reconstrucción, tanto material como psicosocial, el cual pone el

énfasis en la dimensión económica, relegando o incluso no considerando el capital social, desde el derecho a la participación y a la toma de decisiones.

Si bien uno de los elementos que genera este proyecto de investigación, realizado entre octubre de 2011 y enero de 2012, se relaciona con la contingencia de esta temática, tanto por lo reciente de los hechos pero, por sobre todo, al considerar que nuestro país tanto por su geología, ubicación hemisférica y nivel de desarrollo, es un territorio afecto a vulnerabilidades físicas y a riesgos como consecuencias de amenazas naturales y antrópicas. Es por esto que vale la pena a lo menos preguntarse por la capacidad de respuesta de nuestro país, tanto como ciudadanía como también desde el Estado, frente a estos fenómenos, en cuanto a la atención de la emergencia, como también al periodo de reconstrucción, tanto en su dimensión material como psicológica.

En cuanto a lo que se refiere a la respuesta ante la emergencia, el Instituto de Vivienda de la Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad de Chile [INVI], en el documento “(Plan de) Reconstrucción, opinión del Instituto de Vivienda” señala:

No obstante los avances logrados en materia preventiva, estos son insuficientes y la actitud prevaleciente es todavía reactiva. Según especialistas, la actitud ante riesgos debería entenderse como: el conocimiento público y generalizado de ellos; la existencia de acuerdos entre los distintos estamentos sociales, sobre los objetivos, la manera y las responsabilidades, para enfrentar dichos riesgos, y la posibilidad de una infraestructura institucional, que permita canalizar la movilización colectiva, conviniendo en que el ideal o el centro de las políticas públicas en estas materias sea un pacto social. El evento de febrero demostró que este tipo de disposiciones y su gestión distan mucho, incluso, de ser aspiraciones. (INVI, 2010a, p. 2)

Por otra parte, si se considera la respuesta estatal a dicho evento una vez transcurrido el periodo de emergencia, en términos de reconstrucción material, que se plasma en el Plan de Reconstrucción 2010–2013, bajo el eslogan “Chile Unido Reconstruye Mejor”, se puede señalar que, como lo plantea el documento “De la Emergencia a la Reconstrucción: Las Propuestas del Gobierno”:

El gobierno ha recibido un conjunto de críticas por la carencia concreta de un plan, pues principalmente se refiere a las formas de financiamiento de la reconstrucción, producto de los daños generados por el terremoto y maremoto...” “...las intervenciones destinadas a desarrollar el “Plan de Reconstrucción” han sido confusas y disgregadas, basadas en un diagnóstico incompleto e irregular en su profundidad, a la vez que carece de un liderazgo político visible e integrador (...). (INVI, 2010b, p. 1)

En el análisis que esta institución realiza del Proyecto de Ley emanado desde la Presidencia de la República hacia el Parlamento, en el cual se propone la puesta en marcha del proceso de reconstrucción nacional, a través del **Programa “Levantemos Chile”**, se plantea una fuerte crítica hacia el operar institucional toda vez que no releva el rol de la ciudadanía en la planificación.

No deja de ser significativo que se suprima precisamente toda instancia de participación ciudadana la cual, si bien en la legislación vigente es casi meramente formal por cuanto no tiene el carácter de vinculante, había experimentado de un tiempo a esta parte una connotación de progresiva relevancia, al surgir nuevas dinámicas acordes con las evoluciones experimentadas por la sociedad en términos de exigencias crecientes de las comunidades frente a sus autoridades, en particular cuando se ven amenazadas y/o afectadas las características específicas que puedan presentar un sector, barrio o área de la ciudad, y por lo tanto, afectar sus modos de vida y calidad de vida residencial. (INVI, 2010b, p. 2)

Se vislumbra de esta manera, el incentivo a promover iniciativas puntuales con una fuerte tendencia a individualizar las intervenciones, desincentivando las acciones colectivas. Es decir, se tiende a favorecer los emprendimientos privados en materia de construcción y se anula la participación ciudadana en el diseños de su futuro.

En cuanto a lo que atañe a la presente investigación, en su dimensión psicosocial y comunitaria, esta forma de definir los lineamientos de la reconstrucción en términos materiales, no contribuye al proceso de reparación

psicosocial, toda vez que la comunidad sigue siendo un objeto pasivo y depositario de las decisiones de otros, coartándose una vez más la posibilidad de sentirse partes de su historia y capaces de reconstruir su futuro a partir de sus propias necesidades. Es un claro retroceso este para los incipientes procesos de participación ciudadana que hasta ahora se han venido realizando en los temas que la afectan directa y cotidianamente por las decisiones que toma “la autoridad”.

Coincidiendo con el INVI, en la forma de entender el hábitat residencial desde una perspectiva sociocultural, política y territorialmente sustentable, se entenderá para esta investigación como el resultado de un proceso en permanente conformación, en donde existe una apropiación espacial particular de sus habitantes, dada por un vínculo cotidiano que potencia relaciones de identidad y pertenencia, a partir de lo cual es intervenido y configurado por sus propios habitantes, es decir, donde los habitantes conforman directa, activa y progresivamente el territorio, mediante la incorporación de distintas formas de organizaciones socioculturales, espaciales y político-económicas. Se señala que este aspecto, en el plan de reconstrucción propuesto por el gobierno, no se ha considerado.

En este contexto, el INVI señala:

(...) Un Plan de Reconstrucción no es un programa de construcción de unidades de vivienda, importantes por cierto. Adicionalmente a la reconstrucción y reparación de edificaciones dañadas, debe considerar en forma integrada la reconstrucción de los diversos soportes que se ocupan de proveer los diversos satisfactores de necesidades humanas, tales como alimentación, empleo, salud, educación, servicios públicos, comercio, recreación entre otras. Implica la mirada hacia el futuro de las actuales generaciones y las venideras, mejorar la calidad de vida y la sostenibilidad del territorio, por tanto conlleva la participación de las comunidades, pues se trata de la regeneración de un plan de vida. (2010a, p. 2)

La crítica entonces, que señala la carencia de un plan de reconstrucción, se refiere a que no se encuentra asentada la posibilidad de un desarrollo y

éxito colectivo, el modelo sólo facilita el desarrollo o éxito individual, disgregado y desarraigado.

Dependerá entonces de la capacidad de la ciudadanía comprender los alcances reales de esta modificaciones para, eventualmente, lograr articular acciones y propuestas capaces de enfrentar mejor esta nueva ofensiva central, que en la práctica y más allá de las buenas intenciones, la despoja de su derecho a incidir en la forma como se administra y gestiona el territorio donde habita y se desenvuelve cotidianamente.

En cuanto a las acciones dirigidas a la salud mental de la población, el panorama no es muy distinto, es posible decir que la reparación aún no se ha hecho efectiva tanto en términos concretos, materiales, como también psicológicos y sociales para las familias afectadas. Los principales mecanismos de emergencia establecidos por el estado Chileno, no fueron efectivos a la hora de predecir los alcances de este acontecimiento, como tampoco para intervenir posterior a la catástrofe.

Este hecho genera múltiples traumas psicosociales en significativos porcentajes de la población afectada, esto debido a factores como la sensación de inestabilidad y falta de confianza de la población en la institucionalidad estatal, Es aquí donde cobra especial énfasis el enfoque comunitario relevado en este tipo de intervenciones, donde el principal propósito es afianzar y estrechar las redes sociales cercanas, potenciando los recursos propios de las comunidades para el afrontamiento de un proceso de reparación después de una catástrofe.

2.2. ¿Cómo funcionaron las instituciones estatales encargadas de la salud mental ante esta catástrofe?

Para responder esta pregunta, se utilizará como referente la Sistematización elaborada por el Dr. Alberto Minoletti (2010) y presentada por la Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud [OPS] en Chile. El documento titulado “Protección de la salud mental luego del terremoto y tsunami del 27 de febrero de 2010 en Chile: Crónica de una experiencia”, describe las acciones de protección y cuidado de la salud mental realizada por el Ministerio de Salud, SEREMIS, Servicios de Salud y los equipos de

salud durante las cuatro etapas de intervención de salud mental ante emergencias y desastres, en el contexto del 27 –F.

Según dice este documento, nuestro país cuenta tanto con una política nacional, con un procedimiento de gestión presupuestaria, como con instituciones encargadas de dar respuesta a situaciones de emergencia. La principal institución es la Oficina Nacional de Emergencia [ONEMI], dependiente del Ministerio del Interior. Por su parte, el Ministerio de Salud, cuenta con un Departamento de Emergencias y Desastres, con planes de emergencias elaborados en los Servicios Regionales. Sin embargo, el tema de la salud mental no estuvo contemplado en ningún plan, hasta el año 2008, en que se elabora el Plan de Protección de la salud Mental en Situaciones de Emergencias y Catástrofes.

Este documento que entra en vigencia en mayo de dicho año, entrega las directrices en cuanto a objetivos, procedimientos y recursos para anticipar, prevenir y resolver todas aquellos riesgos psicosociales que puedan presentarse en estas situaciones. Como objetivo general se plantea que el Sistema de Salud, a nivel nacional y en cada uno de sus Servicios, se encuentre preparado para que en la eventualidad de una situación de emergencia o desastre participe del conjunto de acciones intersectoriales y disponga de las condiciones suficientes, en cuanto a recursos, organización y competencias, de modo de entregar sus respuestas específicas a las diversas necesidades de salud mental de la población afectada.

En los objetivos específicos, el Plan define los tres grandes grupos de necesidades a abordar:

- Disminuir la probabilidad de que el estrés propio de una situación de emergencia o desastre, derive en daños psicosociales en la población expuesta.
- Proveer atención de salud mental, conducente a la recuperación y rehabilitación de las personas afectadas con trastornos psíquicos, que se manifiesten como consecuencia del desastre o emergencia.
- Contribuir a prevenir y controlar la problemática social que se genera en la población, en especial en los más afectados, familiares de fallecidos y heridos, albergados y distintos grupos vulnerables.

El Plan establece además que cada nivel deberá velar por disponer y gestionar los recursos humanos necesarios para enfrentar la atención de la salud mental en situaciones de emergencias.

Además de la elaboración de este Plan, se utilizó la estrategia de un Programa de Capacitación Continua en Salud Mental y Desastres, que se comienza a implementar también el año 2008 y que está dirigido a funcionarios de la salud pública en dos niveles: referentes técnicos de salud mental a cargo de salud pública y gestión y para profesionales operativos clínicos.

Otra estrategia orientada a enfrentar este tipo de situaciones es la generación de una Red de profesionales para la salud mental y desastres, que se traduce en la designación de un profesional de gestión de salud mental de las Direcciones de los Servicios de Salud para que dedique algunas horas como referente de salud mental y desastre, lo cual se ha logrado en la mayoría de los 29 Servicios de Salud del país. Estos profesionales, a su vez, se han mantenido coordinados con los equipos operativos clínicos de su área que han tenido experiencias en situaciones de desastres previas. La red es coordinada desde el Ministerio de Salud por un profesional con una dedicación horaria mínima en situaciones de normalidad, que le ha permitido realizar alguna actividad preparatoria, y con dedicación prioritaria por algunos días en los momentos que ha ocurrido algún desastre, de modo de poder apoyar la organización, las orientaciones técnicas y el refuerzo de recursos para los equipos de las Direcciones de Servicios de Salud y de las localidades afectadas. Este profesional ha trabajado permanentemente coordinado con el Departamento de Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y con la Oficina de Emergencia del Ministerio del Interior.

Por último, se ha difundido múltiple material sobre el tema, (Plan de Protección de la Salud Mental en Situaciones de Emergencias y Desastres, así como dos manuales OPS, “Guía Práctica de Salud Mental en Desastres” (2006) y “Protección de la Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias” (2002) y la “Guía del Inter-Agency Standing Committee (IASC) sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes” (2007) hacia las direcciones de los Servicios de Salud, como también a los equipos de Salud Mental, que han trabajado en situaciones de desastre en diferentes lugares del país. Se

podría decir entonces que estas acciones corresponden a la *etapa preparatoria*, es decir previa a la ocurrencia de una situación de desastre.

No obstante todas las estrategias desplegadas, ningún Servicio de Salud [SS] tenía un plan escrito para enfrentar la salud mental en situaciones de desastres antes del terremoto del 27 de febrero del 2010. En algunos SS existía un esbozo de plan (generalmente solo a nivel verbal), así por ejemplo, SS Ñuble, SS Concepción y SS Valparaíso-San Antonio.

La etapa posterior, es decir el *periodo de crisis*, a diferencia de lo que se establece en los manuales y bibliografía consultada, tuvo una duración de 2 a 3 semanas dadas las características del evento, su magnitud, réplicas de alta frecuencia, incluso un segundo terremoto 12 días después, aunque de menor intensidad y, por supuesto, el caos social producido por los saqueos y actos delictuales. En esta etapa se desplegaron acciones en cada nivel que, en general, fueron desde generar planes de acción, evaluación de daños y diagnóstico de necesidades, entrega de información y coordinaciones tanto sectoriales como intersectoriales.

En relación a los Servicios de Salud, si bien sus labores fueron bastante similares pero a nivel local, en las zonas más afectadas comenzaron a llegar un gran número de voluntarios, provenientes de diversos ámbitos sociales, desde las primeras semanas. La organización de esta ayuda fue otra tarea que asumir y que fue bastante dificultosa, dado al alto número de personas y lo inorgánico de su llegada, ya que, generalmente, no se establecía el contacto entre ellos y los Servicios de Salud o autoridades locales de salud. Otro tema era la diversidad de capacidades y experiencia en situaciones de desastres.

Otra queja de los SS, fue respecto de la entrega de información que estos debían hacer llegar al ministerio, ya que muchas veces se sintieron sobrepasados en las demandas, sin considerar la dificultad con la que desempeñaban su trabajo.

La población afectada habría valorado el trabajo sólo de algunos voluntarios, especialmente el desarrollado con niños, pero en otros casos se sentían reacios a participar o francamente se quejaban de sentirse

invadidos cuando el número de voluntarios era muy alto. El trabajo en salud mental de equipos de la ONG Médicos sin Frontera, con experiencia en intervenciones en situaciones de desastres, fue muy bien evaluado por los Servicios de Salud. (Minoletti, 2010, p. 32)

Otro aporte muy bien valorado fue el realizado por otros seis SS, con experiencia en desastre (Iquique, Antofagasta, Coquimbo, Valdivia, Reloncaví y Chiloé), quienes colaboraron en la formación de una red de atención y en fortalecer las capacidades de los equipos locales. Sobre todo el equipo de Tocopilla, Antofagasta, que autosatisficían sus necesidades de alojamiento y alimentación.

En cuanto a los equipos de salud locales, tanto en la atención primaria como secundaria, su labor fue mucho más directa con la comunidad, en cuanto a protección de la salud mental a grupos vulnerables, grupos de apoyo y contención emocional con equipos de salud, primera respuesta a personas con desbordes emocionales o con trastornos agravados por la situación, apoyo a personas con tratamiento psiquiátrico ambulatorio, distribución de psicofármacos, visitas domiciliarias, reubicación de pacientes psiquiátricos hospitalizados y cuyas instituciones resultaron dañadas, etc.

La *etapa post-crítica*, se caracterizó por la diferencia en la duración dependiendo de la región y localidad y de cómo el terremoto y tsunami afectaron a cada zona. En general, se puede decir que en las regiones cercanas al epicentro, (Metropolitana, Valparaíso, O'Higgins y Araucanía) se extendió desde la segunda semana de marzo hasta los primeros días de abril. En las regiones contiguas (Maule) y en la del epicentro mismo (Bío-Bío), así como en la zona costera de la región de O'Higgins, este período se extiende hasta fines de abril; mientras que en los sectores costeros de estas zonas, que fueron las localidades afectadas por el tsunami, esta etapa se extiende hasta el mes de agosto de 2010.

La labor del Ministerio de Salud y de la SEREMI de Salud, en esta etapa fue principalmente de apoyo, coordinación y asesoría a la red de Salud de la zona costera de las regiones VII y VIII. Sin embargo, cabe destacar que algunos profesionales de la salud mental de estos SS y SEREMIS, señalaron

percibir este acompañamiento más como una evaluación y que incluso se sintieron cuestionados.

En la SEREMI de la VIII región se aumentó transitoriamente el equipo de salud mental, de dos a cuatro profesionales, contando además con una profesional asesora experta en desastres de la ONG Médicos sin Fronteras. Por otra parte, se organizaron intervenciones comunitarias con líderes de organizaciones comunales, de poblaciones vulnerables. Sin embargo, estas fueron de escasa cobertura y se concentraron sólo en las capitales regionales.

A nivel de Servicios de Salud, se continuó con las funciones de coordinación a nivel local. La información que mejor se evaluó por la población, fue la entregada por radios locales y que se referían a las reacciones emocionales esperables en estas situaciones y que orientaban cuándo y dónde consultar. En este sentido, si bien la coordinación de la red de dispositivos de salud mental en sus tres niveles funcionó relativamente bien, en las zonas más afectadas los operativos clínicos señalaron que el número de profesionales fue claramente insuficiente para la magnitud del daño ocasionado por la situación. En este sentido, la contribución de voluntarios mejoró en aquellos Servicios que desarrollaron metodologías de trabajo con ellos. En otras ocasiones la queja fue la falta de cumplimiento respecto a los compromisos adquiridos por los voluntarios. Las características de los equipos que se destacan con una buena práctica en cuanto a trabajo con voluntariado, radica en la organización centralizada de estos por los SS locales, lo cual implicaba su distribución, capacitación y certificación, además de la posibilidad de autoabastecimiento de estos, a lo menos por una semana.

Una actividad que, incluso, se considera para ser parte orgánica de los Planes de Protección de la Salud Mental en situaciones de desastre, fue la llevada a cabo en la zona de Constitución, en donde una red de profesionales y técnicos que trabajan en hospitales a lo largo del país en apoyo espiritual, para pacientes en situaciones críticas y su familias, conformaron un apoyo continuo, adecuando y focalizando su actuación para prestar servicios a familiares de personas desaparecidas por el tsunami. Desde julio de ese año, funcionarios de salud de la región del Maule, han contado con capacitación en dichas habilidades.

En cuanto a los equipos de salud local, tanto de atención primaria como secundaria, en esta etapa estuvieron principalmente abocados al trabajo directo con la comunidad, principalmente en albergues y campamentos en muchas ocasiones con el apoyo de voluntarios.

Varios Servicios de Salud destacaron como las acciones de protección de la salud mental más frecuentemente realizadas en los albergues y poblaciones dañadas, las de normalización de la vida de los niños, con actividades lúdicas, deportivas, artísticas y manualidades, a través de las cuales también trabajaban las emociones asociadas al desastre. La otra actividad de alta frecuencia era la realización de talleres de apoyo emocional para las personas que los líderes de la comunidad identificaban como las más afectadas por el terremoto. Estas acciones tuvieron una percepción muy positiva desde las poblaciones beneficiadas, de acuerdo a la opinión de los profesionales de salud mental de los SS. (Minoletti, 2010, p. 40)

Durante los meses de marzo y abril, en la mayoría de los Servicios de Salud se conformaron grupos de autoayuda para los profesionales de la salud, *“La alta demanda por participar en estos talleres muestra la buena recepción que ellos tuvieron”* (Minoletti, 2010, p. 41).

Así también, sobre todo en el nivel secundario, se dispusieron mecanismos de atención preferencial para personas con trastornos mentales severos, asociados al evento, como profesionales de la salud mental con designación horaria exclusiva para atender estos casos.

La mayoría de los profesionales de la salud mental entrevistados concordaron en que las respuestas más efectivas hacia la población afectada se dio en aquellos lugares en que la atención primaria contaba con mayor oferta programática en salud mental (recursos), y donde ésta atención se encontraba más descentralizada, es decir mayor capacidad de resolución en este nivel, dada la presencia de centros de salud mental comunitaria y sectorización del territorio en micro redes de atención.

Para el *periodo reparatorio y de normalización*, se puede decir que en la mayoría de las regiones comenzó entre abril y mayo del 2010, sin embargo para los sectores costeros más dañados, hasta noviembre del mismo año, en que se realiza la sistematización citada, este periodo aún no comenzaba, dada las dificultades para restablecer la cotidianidad de las personas, tanto por los daños materiales como por la intensidad de la vivencia.

A nivel de Ministerio de Salud, la dedicación a labores de coordinación bajó considerablemente, siendo su principal labor en esta etapa la de gestión de recursos para apoyar y reforzar a los equipos locales. Lamentablemente muchas de las propuestas como contratación de profesionales para refuerzo de unidades ambulatorias de salud mental para las zonas más afectadas, no obtuvieron asignación de recursos. Si se reforzaron los equipos psicosociales de atención primaria, de estas zonas. Se reforzó también el servicio Salud Responde, con la contratación de psicólogos, sin embargo, este no tuvo mucho impacto, dado la poca difusión realizada.

Así también, a nivel de las SEREMIS de las cinco regiones más afectadas, se reasignaron recursos dado los escasos presupuestos con los que cuentan para salud mental o, en otros casos, se movilizaron recursos humanos para realizar intervenciones comunitarias en poblaciones vulnerables cuyo objetivo era buscar conjuntamente a organizaciones de base, formas de abordar sus dificultades psicosociales. Sin embargo las acciones tuvieron escasa cobertura, dada la extensión del territorio afectado en contraposición de los recursos disponibles.

La escasa coordinación habitual entre SEREMIS y Servicios de Salud, volvió progresivamente, debido a dificultad para llegar a consensos de utilización de recursos y estrategias y rol poco definido en las SEREMIS para su accionar en salud mental, esto según los reportes recogidos en la sistematización respecto a características sentidas por los profesionales.

En las direcciones de los Servicios de Salud, se bajaron las líneas dadas por el Ministerio, en particular el refuerzo a la atención primaria con equipos móviles, considerando que ya en mayo cesó el apoyo de otros SS y del voluntariado, sin embargo, dicha estrategia mostró varias dificultades, ya que la

reclusión de profesionales no cumplió con los niveles de especialidad requeridos, sobre todo dado por que las condiciones de trabajo (contrato a honorario y sueldos no acorde al mercado) al parecer no resultaron atractivas para profesionales con mayor experiencia. Por otra parte la estrategia de equipos móviles (en su mayoría conformados por asistentes sociales y psicólogos recién titulados) presentó gran dificultad para insertarse de manera útil a las redes de salud mental locales, no quedando claro el nivel de complejidad de sus intervenciones.

Los equipos de salud locales, en sus 3 niveles, continuaron con su labor de apoyo emocional tanto a la comunidad como a los funcionarios. La buena evaluación de estas acciones por parte de la población más vulnerable (aldeas, albergues, etc.) continuó siendo positiva, al igual que en la etapa anterior.

A nivel de funcionarios se encontraron distintas percepciones, algunos valorándolo de forma positiva y otros con una mirada crítica sobre la forma de gestión centralizada (Ministerio de Salud) de esta estrategia, sentida muchas veces como extemporánea y no acorde a las necesidades locales.

Se mantuvo la atención tanto en el nivel primario como secundario a las personas con trastornos psicológicos, agravados por el terremoto y la reasignación de pacientes de larga estadía de hospitales con daño de infraestructura, hacia residencias protegidas.

Al revisar esta sistematización, se puede inferir que, si bien en todas las etapas de intervención hay mucho por hacer aún en nuestro sistema de salud, en la etapa crítica y post-crítica hubo un funcionamiento relativamente coordinado, aunque dista mucho aún de ser efectivo para dar respuesta a las necesidades psicosociales de la población afectada, dado justamente a la falta de políticas públicas previas y claras sobre el abordaje de estas situaciones. En la etapa previa, aunque existían esbozos de esfuerzos por tener planes y políticas claras de acción, en lo concreto existían escasas acciones realmente efectivas para preparar a la población ante circunstancias de la envergadura del terremoto y tsunami. Sin embargo, en donde se aprecian mayores dificultades en el accionar de la red de salud es precisamente en la etapa de reparación o normalización, con escasos criterios unificados para dar respuesta en este periodo a las

poblaciones que presentan necesidades de salud mental, en donde no se observa capacidad humana ni técnica para abordar estas problemáticas y donde además la descoordinación de los diversos niveles de gestión, planificación y ejecución de acciones, queda de manifiesto, según la propia evaluación de los profesionales involucrados.

Cabe señalar entonces que un Plan de Reconstrucción, en cualquiera de las dimensiones que esta sea, a saber, material o psicosocial, no puede estar al margen del contexto en el que se desarrollan las políticas públicas, sobre todo si se tiene en cuenta que el terremoto del 27 de febrero de 2010 no es un fenómeno aislado, sino que es un riesgo permanente dadas las características de nuestro país. Los lineamientos de estas políticas, entendidas como generadoras de instrumentos de control y legitimación social, debiesen plantearse como esfuerzos complejos e integrales orientados a promover la cohesión social. Se entiende entonces la *reconstrucción* como una posibilidad de replantear la política pública en la dimensión social, colocando como centro la construcción de comunidad y el fortalecimiento de la ciudadanía, contribuyendo a revertir la fragmentada realidad, caracterizada por el retraimiento de los individuos hacia las esferas más privadas y constituyendo un esfuerzo efectivo de un Estado que promueva un emprendimiento colectivo que fortalezca el capital social, las capacidades de organización y liderazgo de los habitantes y la participación ciudadana como herramienta y objetivo del proceso de reconstrucción.

A partir de lo expuesto y de las pretensiones investigativas de la presente tesis, es que la pregunta de investigación se articula en base a dos supuestos. El primero que plantea al teatro espontáneo como herramienta de reparación psicosocial en contexto de catástrofe y el segundo que propone un tratamiento comunitario del tema a partir de esta premisa.

2.3. Pregunta de Investigación

¿De qué manera una intervención grupal a través de la metodología de Teatro Espontáneo, utilizada en la fase de recuperación en contextos de catástrofes, aporta elementos reparadores, desde una perspectiva comunitaria?

2.4. Objetivos de la Investigación

2.4.1. Objetivo General

Conocer la experiencia de dos grupos de habitantes de la localidad de Cobquecura (Mujeres con diagnóstico de depresión y funcionarios de CESFAM) afectados por el terremoto del 27 de febrero de 2010, respecto de su participación en una intervención grupal con enfoque comunitario, a través de la metodología de teatro espontáneo, realizada en la etapa de recuperación de la catástrofe.

2.4.2. Objetivos Específicos

- Evidenciar la disponibilidad de acciones de reparación psicosocial a las que tuvieron acceso las grupalidades intervenidas.
- Describir las experiencias de las y los miembros de las distintas grupalidades respecto de su participación en la función de Teatro Espontáneo
- Describir la experiencia del profesional que ha trabajado desde la institución de salud local de Cobquecura, como apoyo de personas afectadas por el terremoto respecto de su participación en la función de Teatro Espontáneo.
- Analizar los elementos reparadores de la metodología manifestados por los y las participantes de las funciones de Teatro Espontáneo.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Atención de Salud Mental en situaciones de catástrofes

El tema de la salud mental en situaciones de desastres no lleva más de 30 años de estudio, periodo en el cual progresivamente se la ha otorgado una importancia al mismo nivel que a las consecuencias sobre la salud física en víctimas y sobrevivientes.

Si bien Chile, y América Latina en general, han sido territorios expuestos constantemente a situaciones de desastres, tanto naturales (terremoto, maremoto, erupción volcánica, huracán, deslave, inundaciones, etc.) como por accidentes tecnológicos (explosión y/o incendios en industrias) y situaciones provocadas por el hombre (represión política, conflictos armados, ataques terroristas, etc.), el terremoto y tsunami ocurridos el 27-F, dejaron de manifiesto que, al menos en nuestro país, las condiciones apropiadas para enfrentar una catástrofe y sus secuelas aún no se encuentran asentadas. A pesar de ser Chile uno de los países más sísmicos del mundo, un terremoto es un hecho de baja probabilidad de ocurrencia, por esta razón es que la población tiende a actuar con apatía, sin mantener activos sistemas de afrontamiento de catástrofes realistas y efectivos, que resulten operativos en las diferentes fases que estas conllevan.

Esta catástrofe además trajo consigo conductas colectivas antisociales como robos y saqueos que, sin duda, fueron un agravante para las secuelas emocionales de la población. Si bien algunos teóricos plantean que este tipo de conductas son esperables en situaciones como estas, que generan desesperación e inestabilidad en la población, a juicio de Páez, Fernández y Beristain, (2001), la ocurrencia de este tipo de conductas es de baja incidencia y dependería del contexto social previo, como resultado de tensiones raciales o sociales previas, más que producto del desastre mismo.

Al realizar una revisión de las definiciones de catástrofe, se encuentran varias dimensiones de la vida individual y colectiva asociadas:

1. "Se entiende por catástrofe, un suceso negativo, imprevisto y brutal, que provoca destrucción material y pérdidas humanas importantes, ocasionando un

gran número de víctimas y desorganización social". (Bustos, Leiva, Méndez, Ramos & Moyano- Díaz, 2010, p. 194).

2. "Este tipo de situaciones sobrepasan la capacidad emocional de respuesta de los individuos, resultando insuficientes sus mecanismos de afrontamiento y produciendo un desequilibrio psicológico, y sobrepasan también la capacidad de manejo de las poblaciones afectadas, llevando a desorganización de las redes comunitarias y a problemas de orden social" (Minoletti, 2010, p. 24).

3. "Cualquier hecho agrupado en el tiempo o en el espacio, en el que una sociedad o una parte relativamente autosuficiente de la misma, vive un peligro severo, pérdidas humanas y materiales, y en el que la estructura social se rompe y la realidad de todas o algunas de las funciones esenciales de la sociedad se ve inhabilitada" (Fritz, 1961 citado en Páez et al., 2001, p. 1).

4. "La desorganización social es uno de los factores que más peso aporta a la definición de catástrofe colectiva" (Crocq, Doutheau & Sailhan, 1987 citado en Páez et al., 2001, p. 1).

Cada una de estas definiciones pone mayor o menor énfasis en los distintos aspectos, sin embargo, en la mayoría de los casos se tocan en la dimensión de lo negativo e inesperado para el individuo, la sociedad y sus instituciones, en el devastamiento tanto material como humano, pero también, y que es en lo que esta investigación pone el acento, en que es una situación extrema que produce un desequilibrio tanto individual, a nivel de las emociones, como social, a nivel de la organización. Es por esto que se plantea que la mejor forma de abordar la reconstrucción, tanto material como humana, es desde un enfoque comunitario y por ende participativo.

Así, los elementos que cobran mayor importancia para el abordaje de la situación, son el liderazgo local, la organización y gestión de las autoridades y responsables comunales, junto con las redes sociales y comunidades locales. La activación de redes de ayuda mutua ha mostrado ser una vía efectiva para la búsqueda de soluciones a los problemas consecuentes, (Páez, et al., 2001) . En esta misma línea, Martínez, Escobar, Ramírez, Panameño y Estrada (2006) y Cohen (2008) citados en Bustos et al. (2010), señalan la importancia de las redes de soporte, el acercamiento y el apoyo entre las personas como facilitadores del proceso de adaptación y recuperación de los afectados. Por lo tanto cuando los

organismos oficiales y la comunidad se encuentran vulnerados, es necesario potenciar las redes locales.

En cuanto a los efectos en la salud mental de la población afectada, la experiencia de salud pública acumulada en el manejo de esta, asociados a situaciones de desastres en diferentes regiones del mundo ha llevado en los últimos años a una evolución desde enfoques biomédicos, centrados en la identificación de los síntomas, la medicación y el hospital, a otros de tipo psicosocial, más preventivos, integrales y comunitarios, realizados principalmente desde centros de Atención Primaria en Salud [APS].

La OMS define Intervención Psicosocial, como cualquier tipo de intervención que tiene efectos psicológicos y sociales (Minoletti, 2010), e indica que éstas varían según la fase de la emergencia. En la fase aguda, existen más tareas sociales, (establecer flujos de información, distribuir alimentos y refugio, evaluación cuidadosa de cuerpos, sostener a la población más vulnerable como los niños con actividades recreativas, etc.), que psicológicas (contacto con atención primaria, proveer primeros auxilios psicológicos, capacitar a los trabajadores de salud, etc.). Sin embargo, en la fase denominada de re consolidación, las intervenciones psicológicas cobran más relevancia que las sociales (educación psicológica a la comunidad, educación en primeros auxilios a los trabajadores de atención primaria y líderes de la comunidad, asegurar medicación a pacientes psiquiátricos, acompañar la creación de grupos de autoayuda, trabajar en planes de desarrollo para el fortalecimiento de los programas de salud mental), siendo esperable que las necesidades de orden social estén resueltas.

En esta etapa, los mecanismos de reparación psicosocial tienen como premisa restaurar la dignidad de las personas y familias, así como rehacer sus proyectos de vida. Esto exige un análisis caso por caso, dar la palabra y el poder a los implicados, y pensar en términos globales, individuales y comunitarios.

Así mismo ha establecido algunas líneas de acción para seguir, en lo que se refiere a la atención en salud mental en emergencias, como acciones previas de preparación, evaluación preliminar rápida de los daños y las necesidades en salud mental, atención psicosocial por personal no especializado, atención especializada, capacitación en los principios básicos de atención psicosocial,

intervención en crisis y primera ayuda emocional, educación para la salud y comunicación social, coordinación intersectorial e interinstitucional, organización comunitaria, participación social y fomento de la autorresponsabilidad y sistema de registro de la información, indicadores y seguimiento.

A pesar de que la mayoría de los documentos consultados proponen fases de intervención y tareas diferenciadas según la fase, no existe consenso acerca de cuáles serían estas fases, variando las denominaciones y temporalidades de las mismas.

Una de las más ampliamente aceptada, es la categorización que hace la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2002), en donde establece algunos elementos temporales de referencia, reconociendo que la duración y características de las fases, van a depender del tipo de evento y su magnitud.

En el manual de Protección de la Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias de OPS (2002), se definen cuatro etapas con diferentes tipos de intervenciones:

I. Fase pre-crítica: Se refiere a las horas o días previos al desastre, especialmente para aquellas situaciones que pueden ser anticipadas. En este caso el énfasis está dado por la identificación de amenazas y vulnerabilidades y en las medidas de protección preventiva, de modo de aminorar o evitar daños.

II. Fase de crisis: Esta fase transcurre durante el evento y las 72 horas posteriores, pero en caso de desastres de mayor intensidad y duración, como es el caso de poblaciones afectadas por conflictos armados y desplazamientos, se puede prolongar por 30 días o más. En esta fase, las intervenciones se focalizan en protección de la seguridad física, satisfacción de necesidades básicas, control de la desorganización social, orientación sobre las reacciones psicosociales, evaluación rápida de necesidades emocionales y primera ayuda psicológica por personal no especializado.

III. Fase post-crítica: Esta puede durar de 1 a 6 meses, dependiendo del tipo de desastre y de población afectada. La prioridad, en este caso, es elaborar un *plan de acción en salud mental*, *apoyar la organización de la propia comunidad*, coordinación interinstitucional, educar y capacitar sobre salud mental, atención psicosocial para grupos vulnerables (ej. albergues), intervención en crisis y atención de personas con trastornos mentales.

IV. Fase de recuperación/ normalización: Se inicia 1 a 6 meses posterior a la tragedia y puede prolongarse hasta por 5 años en casos de desplazamientos. Las intervenciones más importantes en esta fase son medidas económicas y sociales, proyectos ocupacionales y productivos, continuidad de organización comunitaria y coordinación interinstitucional, así como de la educación y capacitación y atención de personas con trastornos mentales. Idealmente, la crisis debiera resolverse con un fortalecimiento de los mecanismos individuales y comunitarios de afrontamiento.

Es necesario tener presente también que la duración de los procesos de recuperación de las distintas instituciones y poblaciones afectadas pueden ser muy diferentes entre sí. Los niveles nacionales tienen distintos tiempos que los locales, así como las instituciones en relación con las personas, grupos y comunidades. El tiempo de la gente damnificada es diferente del de los equipos de ayuda. Los tiempos además transcurren de manera distinta según las culturas. De esta manera, las diferentes fases de una situación de desastre pueden tener distintas duraciones y superposiciones dependiendo de las características de los desastres y de las poblaciones afectadas.

3.2. Estrés postraumático y trauma psicosocial en situaciones de catástrofe

El estudio de las reacciones psicosociales de los seres humanos ante las catástrofes, ya sea naturales o provocadas, se remonta a fines del siglo XIX tanto en Europa como Norteamérica (EE.UU), dado el contexto de conflictos bélicos con evidentes consecuencias traumáticas en la población. En este periodo se comienzan a desarrollar conceptos como neurosis de guerra o de batalla, fatiga de batalla y agotamiento de combate, traumática, etc. términos propios del período 1887-1939 y la dedicación casi en exclusiva, al estudio de los efectos de la guerra tratando de evaluar las consecuencias psicológicas de diferentes conflictos y elaborar diversos planes de protección para evitar situaciones de pánico entre la población civil (De Nicolás y Martínez, 1997).

Ya desde el año 45 y hasta el 70, es en Gran Bretaña y Noruega donde se comienzan a estudiar los efectos de la posguerra sobre el psiquismo de los individuos. Es en este momento donde por primera vez se habla explícitamente de *estrés traumático*.

Es en el año 57, cuando el psiquiatra Judío Noruego, sobreviviente del campo de concentración de Auschwitz, el profesor Eitinger, lidera junto a Strom y Lonnum, la creación del “Grupo de Doctores Noruegos”, bajo el auspicio de la Asociación Noruega de Discapacitados de Guerra. Ellos comienzan a realizar diversas investigaciones controladas con supervivientes de campos de concentración, en las que demostraron el incremento de la morbilidad y mortalidad general, la sobrecogedora influencia del trauma comparada a la modesta importancia de la personalidad preexistente y las limitadas posibilidades terapéuticas ante el trauma en los años subsiguientes al impacto.

Hasta este momento, los estudios se relacionan más que nada con las secuelas de los sucesos bélicos, provocados por los contextos históricos y los conflictos de intereses de grupos poderosos en las sociedades involucradas, es decir, media la voluntad y la planificación de individuos que subyugan a otros con menor poder.

Sin embargo, ya en la década del 40, Adler escribe sobre los efectos a corto plazo de un incendio en Boston, en el que murieron cerca de 500 personas. En estas descripciones ya habla de síntomas como ansiedad, depresión, problemas del sueño, pesadillas, sentimientos de culpa, problemas de control de la ira, cuadro que posteriormente, en la década del 80 se denominará Síndrome de Estrés Postraumático.

Es recién a partir de los años 70, que se les da mayor relevancia a los estudios de las consecuencias psicosociales en los individuos, generadas por desastres naturales y/o industriales. El interés surge influenciado por los estudios del fisiólogo canadiense Hans Selye y es retomado por Bennet (1970), en Gran Bretaña, después de las inundaciones ocurridas en Bristol y sus consecuentes pérdidas personales y materiales; y por Lars Weisaeth (1984 – 89), en Noruega, tras el desastre industrial al incendiarse una planta de producción.

Las conclusiones de estos estudios contribuyen al estudio riguroso de diversos factores como la distancia y el nivel de experiencia previo que intervienen en diversos tipos de desastres naturales y causados por el hombre y la ayuda psicológica y no solamente la asistencia física a las

víctimas de estrés traumático. (Raphael et al., 1989, en De Nicolás y Martínez, 1997, p. 7)

Para evaluar este cuadro posterior a un desastre, Malloy, Fairbank y Keane en 1983, plantean un método combinado de test psicométricos (MMPI, STAI, Escalas de Depresión de Zung y Beck), además de un Inventario de Miedos, el cual era capaz de discriminar al 83% de los sujetos que padecen este cuadro respecto a otros mejor adaptados. También se profundiza la investigación luego con veteranos de guerra reconociéndose como criterio diagnóstico en 1987, cuando es finalmente aceptado como denominación gnosológica por el Manual de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APA) y el DSM III R y el DSM IV lo define como revisado.

A partir de esta aceptación como criterio diagnóstico, los estudios que se han realizado sobre este síndrome se pueden agrupar en tres líneas conceptuales: Fundamentos biológicos de la exposición a hechos traumáticos, el Modelo Psicodinámico y el Modelo Cognitivo Conductual.

3.2.1. Fundamentos biológicos de la exposición a hechos traumáticos

En ésta línea es posible encontrar a investigadores como Seligman o Harlow (citados en Pérez Sales, 2003), quienes en estudios con animales (perros y primates), han podido establecer algunas de las respuestas biológicas que estarían a la base de conductas características de éste síndrome. El cuadro siguiente resume la relación existente entre procesos químicos y reacciones conductuales:

Cuadro 1: Fundamentos biológicos de la exposición a hechos traumáticos

Modelo	Proceso químico	Reacción
Shock Inescapable	Aumento en la producción y utilización de catecolaminas y depleción repetida de la misma	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de apatía y depresión profunda • Imposibilidad para escapar a nuevas situaciones estresantes • Disminución de la motivación para aprender nuevas respuestas que pudieran llevar a una escapatoria. • Disminución de la motivación para

		<p>desarrollar conductas que significaran un refuerzo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de las conductas de exploración. • Disminución de los mecanismos de inmunosupresión y aumento de la tumorigénesis. • Hiperactividad exageradas • Deterioro general de la memoria en estados crónicos.
Aislamiento prolongado forzado	Disminución de los niveles de serotonina y 5HT cerebral	<ul style="list-style-type: none"> • Conductas agresivas y de automutilación • Aumento de la irritabilidad • Respuesta exagerada de alarma
Separación temprana en primates no humanos	Niveles bajos de NA en neurotransmisores y respuestas altas de NA ante pequeñas situaciones de estrés. Niveles de serotonina crónicamente bajos.	<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta Bifásica de protesta agresiva - depresión • Aislamiento social • Respuesta desorganizada ante estímulos nuevos • Angustia de separación • Vulnerabilidad
Trauma y opiáceos endógenos	Liberación de opiáceos endógenos / aumento en dinteles de dolor.	<ul style="list-style-type: none"> • Anestesia psíquica- emocional • Analgesia Física • Despersonalización • Depresión

3.2.2. Modelo Psicodinámico

Desde esta línea de investigación, es posible encontrar numerosos modelos conceptuales, entre los que destacan los de Weiss de 1993 y Horowitz de 1986 (Pérez Sales, 2003).

El primero plantea que algunos individuos desarrollarían creencias disfuncionales en la infancia, como consecuencia de inferencias de experiencias traumáticas de sus progenitores. Desde estas creencias, ellos reaccionarían de una forma más desadaptativa de reaccionar frente a experiencias traumáticas que puedan sucederles personalmente. La raíz del problema, por tanto, estaría a nivel de aprendizajes inconscientes.

Horowitz (1986 citado en Pérez Sales, 2003), por su parte, postula que el ser humano tendría repertorios de respuesta acotados para cada tipo de acontecimientos. Las catástrofes, del tipo que sean, provocan ciertos patrones de respuesta tanto fisiológicas como cognitivas que permiten de manera más o menos adecuada la adaptación del ser humano. Este proceso de adaptación requiere tiempo y estará teñido de experiencias y emociones concomitantes, de temas pasados conscientes o inconscientes de la persona. Inicialmente la persona evitaría reconocer estas temáticas, poniendo en marcha para esto, procesos de control que se relacionan con mecanismos de defensa habituales en este individuo para intentar manejar la realidad. Este proceso psíquico explicaría la anestesia emocional que se produce en la persona, ya que se crea una discordancia entre la realidad externa y lo que la persona cree.

La siguiente tabla ayuda a clarificar con ejemplos de situaciones las maneras de afrontamiento de un individuo:

Cuadro 2: Modelo Psicodinámico

PROCESO	AFRONTAMIENTO POSITIVO	DEFENSA INCONSCIENTE	SUCUMBIR AL ESTRES
Selección del siguiente tema de pensamiento	Dosificación (períodos de tiempo <i>on</i> y <i>off</i> sobre el tema)	Negar la importancia de un tema importante	Estados de amnesia. Intrusión de temas.
Modo de organización: modo temporal (ver un tema con orientación a corto o largo término)	Mirar las cosas un paso cada vez, relacionando el hecho con el curso de la vida.	Negar la urgencia de la amenaza.	Estados distractorios, como el pánico.

<p>Modo de organización: Modo secuencial (resolución de problemas versus pensamiento reverberante)</p>	<p>Pensar solamente en lo que se va a hacer a continuación, fantasías reparadoras de situaciones anteriores perdidas.</p>	<p>Adición al trabajo, rumiaciones obsesivas y dudas, preocupación con fantasías, fe en visiones poco realistas.</p>	<p>Confusión.</p>
<p>Modo de organización: modo de representación (palabras, imágenes, músculos, sistema nervioso autónomo, hormonas)</p>	<p>Resolver los problemas a través de palabras porque las imágenes evocan demasiadas emociones (análisis intelectual)</p>	<p>Negación de las respuestas emocionales a la amenaza, aislamiento de los temas en un único modo de representación (palabras sin imágenes, imágenes sin palabras, ideas sin emociones)</p>	<p>Inundación emocional.</p>
<p>Modo de organización: modo de localización (fuentes de información externas o internas)</p>	<p>Hacer cambios reparadores de actividad y contemplación</p>	<p>Actividad compulsiva para evitar pensar. Fantasías para evitar la acción</p>	<p>Ilusiones, alucinaciones, sentir la presencia.</p>
<p>Nivel de Activación (excitación o hundimiento de diversos sistemas, velocidad a la que se asimila la información).</p>	<p>Crear ciclos de trabajo y descanso</p>	<p>Hipervigilancia, evitar descansar</p>	<p>Agotamiento</p>

3.2.3. Modelo Cognitivo Conductual

El cuadro siguiente resume de manera gráfica las diferentes teorías desarrolladas bajo este modelo:

Cuadro 3: Modelo Cognitivo Conductual

MODELO	AUTORES	ESQUEMA DE RESPUESTA				
Modelo Cognitivo Basado en el procesamiento de Información	Edna Foa	Experiencia Traumática	Esquemas Cognitivos Amenazantes almacenados en la memoria. Desarrollo de "Memoria del Miedo"	Activación de dichos esquemas ante situaciones sin relación "Respuesta de "falsa alarma"	Manifestación de ansiedad en situación de Klinding.	Activación de red neural específica con elementos mnemónicos poli sensoriales, ante estímulo real o simbólico.
	McFarlane	Hecho traumático (o estrés crónico múltiple).	Aparición de imágenes intrusitas intensas	Desarrollo de conducta de evitación	Reacción de estado de alarma constante	
Modelo Socio cognitivo	Janoff – Bulman (1992)	Hecho Traumático quiebra esquemas de "creencias- sesgos cognitivos" como "Ilusión de Control e "Ilusión de Bondad, Etc.	Percepción de inseguridad, descontrol de la realidad e impredecibilidad	Imposibilidad de Integrar la nueva experiencia	Pérdida de sentido de vida, de acuerdo a esquemas cognitivos anteriores	
	Brewin, Dagleish y Joseph (1996) "Teoría de la representación Dual" (Combina Socio cognitivo y Procesamiento de la Información)	Existirían 2 tipos de memoria traumática que influirían en la adaptación del individuo a una nueva realidad: <ul style="list-style-type: none"> • Verbalmente accesible • Situacionalmente accesibles 	MVA: Procesamiento consciente del hecho traumático	Permite Racionalizaciones conscientes del mundo	El individuo a través de ésta intenta dotar de sentido a la realidad.	Permiten asociaciones causales y atribuciones
			MSA: Procesamiento Inconsciente de la información,	No están bajo control del individuo.	Pueden evocarse a través de estímulos sensoriales, o emocionales.	Influyen en la percepción del mundo.
Modelo Cognitivo Narrativo	Meichenbaum, .D, (1994)	Individuo crea su realidad por medio de narrativas	Experiencia Traumática	Las narrativas deben modificarse para		

Constructivista				integrar la nueva experiencia		
-----------------	--	--	--	-------------------------------	--	--

3.3. Factores que inciden en la aparición de sintomatología traumática

Respecto a los factores que influyen en la aparición de síntomas traumáticos, Pérez Sales (2003), propone dos dimensiones. Por una parte, las características del hecho traumático y por otra las características de la persona. Entre las que corresponden a la primera dimensión, lo más determinante sería la intensidad y severidad del agente agresor, siendo aún más precipitante si además es repentino, prolongado, repetitivo e intencional.

En este sentido, el acontecimiento del 27-F, responde a lo menos a las características de intensidad del hecho, lo repentino de su ocurrencia, la repetición, considerando la cantidad e intensidad de réplicas del suceso y lo prolongado, considerando el tiempo transcurrido y las condiciones de vida de los afectados.

En cuanto a las características personales, los síntomas intrusivos estarían más relacionados con la implicancia y cercanía de la persona al hecho, mientras que la anestesia emocional estaría más relacionado con factores genéticos y constitucionales. Otras características son la vivencia de hechos traumáticos anteriores que ya hayan generado algún tipo de vulnerabilidad, y/o la existencia de trastornos psiquiátricos previos (como ansiedad o depresión). En este sentido, y suponiendo que sería un grupo de riesgo, una de las intervenciones realizadas durante la investigación es con un grupo de mujeres con diagnóstico de depresión previo al desastre, pertenecientes al CESFAM Cobquecura. La edad también parece ser un factor determinante, mostrando mayor vulnerabilidad la adolescencia temprana (entre los 10-11 y los 15-16 años de edad). Por último, en situaciones de extrema indefensión, como lo son las catástrofes naturales, la sensación de imposibilidad de control y escapatoria, generaría niveles de activación fisiológica de la que derivaría la mayor intensidad de sintomatología postraumática.

Siguiendo a Taylor (1989 citado en García Vera, Labrador & Larroy, 2008) hay que tener en cuenta que se dan víctimas potenciales, además de las víctimas primarias (aquellas directamente expuestas en gran medida al desastre con grave riesgo para la vida, integridad física y pérdidas materiales importantes) y las

secundarias (aquellas que están familiar o afectivamente unidas a las víctimas primarias y que han manifestado ellas mismas reacciones de culpa y dolor severo). Respecto al personal de ayuda que inicialmente procede de la comunidad afectada, también puede proceder de áreas circundantes a la comunidad, en general, son vistos como fuertes, potentes y con capacidad de resolución y de asistencia en los niveles de control y dirección del rescate, tareas médicas, información y comunicación, y servicios de apoyo a los afectados y a sus familiares. Pero, en la práctica estos estereotipos no siempre son tan claramente diferenciados; Kliman (1976 citado en García Vera et al., 2008) a partir de un estudio sobre inundaciones habla del personal de ayuda como las "víctimas ocultas" del desastre. Es por esto que esta investigación plantea la posibilidad de trabajar también con funcionarios del servicio de atención primaria de una de las localidades intervenidas.

En este sentido se plantea que así como los desastres difieren en tipo y grado. El grado y tipo de impacto que este tiene sobre un individuo o una comunidad, dependerán de múltiples variables en juego, a tal punto que para cualquier individuo, la gravedad por él percibida no está directamente asociada con el tamaño real de la magnitud del desastre, ni con la gravedad socialmente evaluada, ni con el número de personas afectadas.

3.4. Datos Epidemiológicos

Es de sumo interés esbozar la presencia de sintomatología asociada al evento luego de ocurrido el terremoto y tsunami, con el objetivo de estimar las necesidades y demandas de atención y posibilidades de abordaje adecuadas y efectivas.

Según Minoletti (2010), se estima que, de acuerdo a la magnitud del desastre, entre un 30 y un 50 % de la población expuesta presentan reacciones psicosociales, la mayoría no patológicas, las que emergen a lo largo de los meses siguientes al evento. Dentro de las consecuencias de salud mental más frecuentes, además de las reacciones psicosociales no patológicas, se encuentran el distrés subclínico, el trastorno por estrés agudo, el trastorno por estrés post traumático, la depresión mayor, el aumento del consumo de alcohol y drogas, otros trastornos de ansiedad y los síntomas de somatización.

En una revisión a la base estadística del Ministerio de Salud (Departamento de Estadísticas e Información en Salud [DEIS], 2008-2010 citado en OPS, 2010), se observa que el único problema de salud mental que muestra una diferencia entre los servicios de salud de las regiones más desbastadas y los otros servicios son los trastornos ansiosos (en toda su gama). Sin embargo, existen múltiples variables que pueden explicar este fenómeno, como por ejemplo somatizaciones que sólo quedan como registros de molestias orgánicas en la atención primaria, subregistro de actividades, dadas las condiciones de atención o atenciones registradas como intervenciones comunitarias.

Cuadro 4: Tasa porcentual de personas con trastornos ansiosos en control durante el primer semestre del 2008 al 2010

Servicio de Salud	2008	2009	2010
O'Higgins	0,4	0,7	1,2
Maule	0,7	0,8	0,8
Ñuble	0,6	0,7	1,0
Concepción	1,2	1,3	1,3
Arauco	1,2	1,2	1,6
Talcahuano	1,1	0,9	1,0
Bío-Bío	0,4	0,9	1,6
S.Salud sin terremoto	0,5	0,6	0,8

(Fuente DEIS 2008-2010 citado en OPS, 2010)

Desde la revisión bibliográfica, no se encuentran mayores datos respecto del tipo y cantidad de necesidades de atención en salud mental que ha presentado la población durante el periodo denominado de normalización, como tampoco una sistematización de los abordajes que han tenido los equipos locales de salud.

De esto da cuenta, por ejemplo un artículo publicado en la página web de Tribunal del Bío-Bío [TBB] (2011, Marzo 10), a más de un año de la catástrofe, en el cual se señala la petición de una parlamentaria por la región del Bío-Bío, respecto de un plan de intervención en salud mental para la población afectada, tanto a mediano como a largo plazo. En este se enfatiza la necesidad de ayudar

a esta población a enfrentar las consecuencias psicológicas derivadas del desastre mismo, como así también las que conlleva la vida en los campamentos, en donde surgen problemáticas como hacinamiento, cesantía, incertidumbre por el futuro, etc.

En el mismo artículo, se exponen algunas estadísticas derivadas de un estudio realizado por la Universidad de Concepción, aplicado a 1123 niños de localidades de la región, principalmente del borde costero. “En lo sustancial, dicho informe establece que un 21,2% de los niños presenta estrés post traumático. Las cifras más altas corresponden a Dichato con 29,5%; Tubul con 28,8% y Talcahuano, específicamente el sector Santa Clara con 24,5%” (TBB, 2011, Marzo 10).

Así también, una encuesta realizada por el Centro de Estudios CORBIOBIO (TBB, 2011, Julio 29) reveló que un 54,3% de la población considera que el estado de ánimo y la salud son problemas que no han tenido una solución adecuada.

Un informe epidemiológico elaborado por el SEREMI de Salud de la región del Maule (Ponce, Núñez & Silva, 2010), señala dentro de los principales grupos de riesgos a los familiares de víctimas y desaparecidos, a los equipos de salud y a las familias que se encuentran en aldeas de emergencia. Así también como principales focos de vigilancia en trastornos mentales, las depresiones, consumo de alcohol y drogas y actos de violencia. Según la encuesta psicosocial aplicada por esta misma institución a 230 persona habitantes de aldeas o campamentos de emergencia, durante el mes de julio de 2010, en las comunas de Constitución, Pelluhue, Licantén y Vichuquén, el 21,5% refiere percibir sintomatología depresiva o al menos angustia, el 57,4% refiere que su vida actual es peor que antes del terremoto. En relación a problemas relacionados con seguridad pública identifica en su aldea, 57% consumo alcohol y drogas en las calles, 47,6% V.I.F., 27,5% Delincuencia, y 71% falta de vigilancia policial. Cabe mencionar que el 41,3% se encuentra cesante tras el terremoto y que la percepción de ayuda recibida corresponde en un 60% a particulares, un 36,5% ONG, 32,2 % Municipalidad; 45,2% gobierno, 10,4% defensa.

3.5. Intervención Psicosocial con enfoque comunitario y Teatro de la Espontaneidad: Convergencias teóricas

Inevitablemente al pensar en la reconstrucción post catástrofe, en su amplio sentido, viene por añadidura el concepto de Reparación y que no sería tal, dada las características del suceso, si no es pensada y ejecutada sobre las bases de lo comunitario.

Es así como esta investigación se enmarca dentro del proyecto socio comunitario denominado “Reconstrucción Humana”, ejecutado por la Compañía de Teatro Espontáneo Katrico de Valdivia y financiado por la fundación AVINA.

La Compañía Katrico, es una agrupación de profesionales de diversas áreas (arte, salud, comunicaciones), que ya desde el año 2009 se ha formado en la metodología de Teatro Espontáneo, desarrollando actividades con variadas organizaciones y comunidades, tanto en la ciudad de Valdivia, como en otras localidades, siendo Cobquecura y Tirúa las zonas indicadas por la fundación para desarrollar estas intervenciones psicosociales. Por su parte, la Fundación Avina, es una organización sin fines de lucro, que trabaja para el desarrollo sostenible de América Latina, fomentando la construcción de vínculos entre líderes sociales y empresariales, presente en 13 países a lo largo del continente.

Cabe señalar que esta iniciativa de intervención psicosocial responde a esfuerzos generados íntegramente por una organización de la sociedad civil, coordinándose de forma autónoma con instituciones de salud estatal, en este caso CESFAM de las comunas señaladas.

3.5.1. Conceptualización de Psicología Comunitaria

Para definir lo que se entiende por Psicología Comunitaria, se debe partir de la base que, si bien sus planteamientos y sus prácticas se asientan en la Psicología Social, sus perspectivas la hacen ser cada vez más una rama con carácter autónomo.

Es por esto que vale la pena hacer el ejercicio de diferenciarlas como bien lo plantea Montero (1984), y así denominar las características que la hacen una rama distinta de la Psicología.

En primer lugar, es preciso señalar que dista mucho de tratarse sólo de una forma de aplicación de la psicología social, con prácticas paternalistas y cuyo eje de poder es externo al ambiente donde se está trabajando.

Así tampoco se adscribe sólo al campo de la salud mental comunitaria, en el sentido de que sus pretensiones no son sólo hacerse cargo de las fallas de aquellas instituciones estatales que, en vez de cumplir con su labor socializadora, lo que hacen es marginar a los individuos de los beneficios que deberían recibir. En palabras de Escovar (1979 citado en Motero, 1984):

La solución que ofrece este paradigma, es la de aumentar la capacidad socializadora de cada institución del sistema mismo, por tanto no propone quiebres o rupturas de lo socialmente establecido, que en ocasiones no cumple con satisfacer las necesidades reales de una determinada sociedad. Estas aplicaciones, como la salud mental, las tecnologías sociales o la asesoría a grupos o comunidades, no son excluidas de la rama de la psicología comunitaria, sin embargo los objetivos de estas, a saber la búsqueda de soluciones a problemas sociales, no necesariamente apuntan al fin último de la psicología comunitaria, que es la búsqueda de un cambio social estructural". (p.3)

Si bien las primeras conceptualizaciones que acuñan el término de psicología comunitaria datan de Norte América en el año 60 (Bennet, et al., citado en Montero, 2004), en donde vinculada a los movimientos de Salud mental en la Comunidad y a la política de Guerra a la Pobreza, y dada la necesidad de los profesionales de trabajar con organizaciones sociales, comienza a delinearse como una forma aplicada de la psicología o incluso ya como una nueva rama, de la mano de autores como Scribner (1968), Newbrough (1970), Lehmann (1971), Stanley Murrel (1973) (citados en Montero, 2004). No se puede dejar de reconocer que ya en la década del 50 en Latino América, aunque sin sistematización, se observa un gran adelanto metodológico en este sentido, con desarrollos interdisciplinarios aislados y silenciosos, dadas las características políticas de esa década y las

venideras en la región, pero con características que luego definirán a la psicología comunitaria.

Así por ejemplo, cuando Maritza Montero (1984) define el que hacer comunitario en América Latina ya en los años 50, señala como su objeto fundamental el fomento de la participación comunitaria, movilizándolo a una comunidad para la resolución de sus problemas, que a través de la intervención de un agente de cambio, podrán percibir en todas sus dimensiones y en sus relaciones con el medio en que ocurren. En esta definición ya se deja entrever que la cuestión del poder que el individuo en comunidad posee sobre su medio, es decir, la capacidad de transformar su medio, es central desde este paradigma.

Un ejemplo de esto es el trabajo del sociólogo Fals Borda, en el año 1959, en Colombia (Montero, 1984), en donde de forma pionera en la región se trabaja desde una metodología que hoy se conoce con el nombre de Investigación – Acción, la cual establece una acción dialéctica entre conceptos y prácticas generando un ciclo de producción de conocimiento desde el hacer que puede iniciarse indefinidamente. Esta forma de trabajo, trae consigo un cambio sustancial en la forma de percibir, por un lado, la relación de investigador - investigado y por otro la forma de concebir o diagnosticar las problemáticas que se presentan en un individuo. Respecto a lo primero, el objeto / sujeto de estudio, ya no es un ser pasivo, que meramente es depositario de la acción externa de personas que se dicen “expertas” de una realidad de la que pueden o no ser parte. En este sentido, tanto la definición del conflicto, como las posibles soluciones, deben sí o sí involucrar la participación de los sujetos pertenecientes a la comunidad en cuestión. De esta manera, un proceso de transformación efectiva, compete tanto al sujeto social como individual, teniendo sentido sólo si en este proceso se considera a la comunidad como una globalidad, tomando en cuenta el conjunto de relaciones que en esta se establecen. Se sustenta así un qué hacer de las ciencias sociales en América Latina, con una clara orientación crítica y transformadora.

3.5.2. El lugar del poder

Es dentro de estos desarrollos donde es posible ver las primeras conexiones de lo que hoy llamamos Psicología Comunitaria, con los antecedentes de los orígenes del Teatro Espontáneo.

“(…) ya desde la segunda mitad del siglo XX, la presencia del Teatro Popular Latinoamericano, constituido como movimiento cultural, se proyectaba como una arraigada forma de expresión de un continente de excluidos y marginados, en la búsqueda de una estética, pero sobre todo de una ética: La socialización del Poder, Poder decir, Poder estar, Poder ser. Un Poder para la transformación”. (Flores, 2009, p. 6)

En palabras de Maritza Montero, la Psicología Comunitaria se podría definir como:

(…) la rama de la Psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social. (2004, p. 31)

Autores como Augusto Boal (2002) y Paulo Freire (1970), toman estos conceptos que definen el que hacer comunitario. El teatro del Oprimido, busca devolver la voz al pueblo, el protagonismo al ciudadano común. La educación popular reconoce la sabiduría inherente del ser humano y de este en sociedad, poniendo el eje del qué hacer político y social en el hacer y pensar colectivo.

3.5.3. El individuo como parte de una colectividad

Por su parte, el teatro de la espontaneidad de Moreno (1993), traspasa la esfera de lo individual, para enfrentar problemas sociales, que afectan a diversos grupos de la sociedad. En estas experiencias el público asistente, podía reflexionar acerca de nuevas actitudes ante situaciones conocidas, convirtiéndose en una transformación de vida.

En la acción comunitaria, el teatro de la anarquía encuentra tal vez uno de los más provocadores desafíos, como instrumento de toma de conciencia y de estimulación al posicionamiento ante problemas colectivos, a partir de los descubrimientos de la responsabilidad común y de los caminos de solidaridad que suelen ser creados. (Aguiar, 2009, p. 82)

La similitud en sus objetivos salta a la vista. La teoría Moreniana marca el nacimiento de una metodología para el estudio de la sociedad que, además de considerar la individualidad humana, centra su interés en el grupo social. Su teoría sociodramática centra su base en hechos sociales específicos y problemas colectivos, haciendo que el sujeto vivencie y se relacione con una realidad que pertenece a todos y que, al contrario del psicodrama, va de lo colectivo a lo individual, llegando así a objetivar y exteriorizar fenómenos culturales que representan una sociedad en miniatura y en donde el auditorio constituye la opinión pública.

Por su parte, la psicología comunitaria, asume las relaciones entre la persona y el medio ambiente en el que viven, ocupándose de los fenómenos psicosociales producidos en relación a procesos de carácter comunitario, tomando en cuenta el contexto cultural y social en el cual surgen. En este sentido, la psicología comunitaria busca la transformación social e individual dirigida al desarrollo comunitario.

A decir de Maritza Montero (2004), el “agente de cambio”, en este caso, el teatro espontáneo y quienes lo desarrollan, asumen un rol de agentes de transformación social que comparten su conocimiento con otros actores sociales, provenientes de la comunidad, poseedores de un saber y que, orientados por objetivos comunes, producen un trabajo conjunto.

3.5.4. El lugar del otro en la transformación individual y colectiva

Una de las bases fundamentales de la teoría Moreniana es el reconocimiento de la existencia del otro. Es la posibilidad del encuentro con el otro, lo que nos permite experimentar la libertad y el control de nuestro destino ya que permite reorganizar nuestras relaciones en el mundo y readecuar e incluso reestructurar nuestros roles.

El encuentro es físico, emocional, gestual, corporal, es acción: un abrazo, un beso, el rechazo. Esto quiere decir que la relación que se establece entre dos personas se convierte en un contacto del ser, en donde se experimentan y reconocen en un encuentro no planificado. El encuentro y la interacción funden la experiencia individual y la transforman en colectiva. De esta forma tanto nuestras verdades como la de los otros son discutidas en este encuentro, en el grupo, convirtiendo a los conflictos en problemas comunes que, luego de revivirlos, se replantean.

Por su parte la Psicología Comunitaria propone como una de sus características fundamentales el tener una orientación hacia el cambio personal, en la interrelación entre individuos y comunidad. Es decir, la presencia del otro es un elemento ineludible y fundamental para el cambio individual.

Montero (2004), sostiene, que los cambios en el individuo generan cambios en sus grupos de pertenencia, entre ellos la comunidad y viceversa los cambios en los grupos, transforman también a las personas. Se genera así una relación dialéctica de transformaciones mutuas. Es decir, así como la interacción con el otro (sea este el grupo u otro individuo como parte de un grupo) me modifica, también modifica a ese otro.

Moreno señalaba la importancia del espacio psico y socio-dramático porque permite el acercamiento a la "plataforma social" en donde el individuo entra en contacto directo con su "átomo social", definido por Moreno como: "(...) el núcleo de todos los individuos con quienes una persona está relacionada sentimentalmente, o que están vinculados con ella al mismo tiempo" (1993, p. 79). Está conformado por grupos familiares, laborales, académicos o artísticos a los que el individuo ha tenido que unirse, ya sea por intereses comunes o factores sanguíneos.

La conducta del individuo depende de las interrelaciones con su átomo social. Las relaciones de atracción y rechazo pueden ocasionar anomalías en su funcionamiento, ya que generarían diversas reacciones en la conducta de los miembros. La sociometría es el método que ayuda a determinar estas relaciones. El teatro espontáneo, en cualquiera de sus formas (psicodrama, sociodrama, play back, etc.) enriquecen el átomo social al facilitar a cada miembro la oportunidad de enfrentarse a las personas con las que se encuentra vinculado emocionalmente.

3.5.5. La necesidad de generar rupturas en el orden establecido

Como ya se ha mencionado, el fin último de la psicología comunitaria es precisamente la búsqueda de un cambio social estructural, es decir generar nuevas formas de comprender y habitar nuestro medio natural, social y cultural.

Este tipo de cambios son impensables sin la participación activa de todos los habitantes de esta comunidad, por ende desde esta perspectiva, la comunidad es considerada como un ente dinámico, compuesto por agentes activos, actores sociales relacionados y capaces de construir la realidad en que viven. En su hacer, la psicología comunitaria como método científico construye teorías sobre las diversas realidades que viven las comunidades, que a su vez surgen de procesos de reflexión y crítica de la misma comunidad sobre esta. Estos cuestionamientos al orden establecido serían el punto de partida de los cambios sociales. En este sentido la psicología comunitaria, al asumir la participación como el eje central de sus métodos y el empoderamiento y control de la comunidad sobre sus procesos de transformación, asume también una condición política, en tanto es un medio de generación de ciudadanía y fortalecimiento de la sociedad civil (Alfaro y Berroeta, 2007).

La teoría Moreniana, por su parte, señala que el hombre siente la necesidad de romper con los moldes estereotipados de la sociedad. La espontaneidad busca acabar con las normas culturales, definidas por Moreno como aquellos modelos que determinan una forma de expresión y que por tradición centran las bases para la creación.

Para Moreno el universo de juicios y valores establecidos en el pasado limitan la creatividad y la libertad de inspiración. En sus postulados se rebela contra el fenómeno que llamó “conserva cultural”, o sea, “la conservación del producto de la creación, cuyo efecto mortífero sería impedir el flujo creativo de la vida humana. El recurso de las “conservas” hace los movimientos pesados, según quedan ellos aprisionados en lo ya existente” (Aguiar, 2009, p. 54).

Aguiar (2009) plantea que, según la teoría Moreniana, este acervo cultural sería justamente el instrumento de manipulación de la sociedad para conseguir que

ella se porte bien, sin riesgos ni desacomodos. Todo esto sucede porque estas ideas son tomadas como verdades absolutas, como normas de convivencia que incluso no se cuestionan, como “normal”, Entre estas normas están las que regulan las relaciones establecidas de poder y privilegio. Estas condiciones plantean un mundo ya establecido, todo está hecho, no es necesario crear, sólo es necesario consumir.

“La escasez de importantes creaciones amerita una revisión de las conservas culturales a través del estudio de los factores de espontaneidad y creatividad, para crear un sistema de valores más cercano al hombre espontáneo” (Moreno, 1962, p. 109). La única forma de despertar de la dominación ideológica, es asumirnos como creadores continuos de nuestra realidad.

El teatro espontáneo devela la trama social, proporcionando la adquisición de consciencia y el reposicionamiento afectivo-emocional frente a la alienación causada por estas ideologías dominantes, que aprisionan a la sociedad y no permiten las transformaciones que la propia vida exige. Esto tiene como consecuencia la emancipación de las personas, para recrear su vida y su mundo.

3.6. Teatro Espontáneo: Una posibilidad de reparación psicosocial comunitaria

3.6.1. Antecedentes históricos y teóricos del Teatro Espontáneo: La teoría de Jacobo Levy Moreno

Conocer un poco de la historia biográfica de Moreno permite tener un marco contextual para entender su propuesta dramática- terapéutica, desde una óptica social, como él la concibe.

El Teatro Espontáneo, en la creación Moreniana, es antecesor al psicodrama. Nace de la necesidad del autor de dar lugar a la acción en la vida de las personas, los grupos, las comunidades. Otorgarle al ciudadano y al individuo la posibilidad de ser protagonista de su propia realidad y, de esa forma, de empoderamiento para generar la transformación de ésta.

De niño su juego favorito era representar a Dios. Junto con otros niños fabricaban un escenario que representaba el cielo y, por supuesto, él era Dios.

Este rol fue para Moreno el proceso de *caldeamiento*. Se podría decir que fue su primer psicodrama (que él mismo denominó: “El psicodrama del Dios Caído”).

Ya de joven, en 1895, entra a estudiar medicina, matemática y filosofía en Viena. Líder nato, medió en los conflictos estudiantiles racistas contra los judíos. Por otro lado, no dejó de realizar actividades como la de reunir a los niños en los jardines de Viena. Notó entonces que los niños ensayaban roles familiares y culturales como los de mamá, papá, rey o reina, policía, etc. También notó que los niños usaban la fantasía representando roles de mitos o fábulas que más correspondían a sus necesidades o frustraciones. Con ellos empezó a usar la técnica del juego de roles (role playing) como medio para ampliar o corregir su percepción personal, haciendo que los niños se pusieran en el papel de sus padres o maestros y así vieran las cosas desde otro punto de vista. Dueño de una personalidad desafiante, conocidos son sus encuentros con Freud en 1912 en donde le responde:

Bien, Dr. Freud, yo comienzo donde usted acaba. Usted reúne a la gente en sitios artificiales, como su despacho, yo lo hago en la calle, en sus casas o en sitios naturales. Usted analiza sus sueños. Yo les doy el coraje de soñar de nuevo. Usted los analiza y los divide en partes. Yo les permito actuar sus conflictos de roles y les ayudo a colocar las partes juntas de nuevo. (Marineu, s.f., p. 4).

Así también el episodio en que increpa al actor principal de una representación de “Así habló Zaratustra”, acusándolo de no encarnar el papel “*te invitó a abandonar éste y representar el propio*”; incitó al público a desprenderse de su sueño histriónico y representar sus desgracias. Otro de los pasatiempos de Moreno mientras estudiaba medicina era concurrir a los tribunales para asistir a los juicios, al volver a su casa reconstruía con sus amigos o familia el juicio presenciado, representaba todos los roles.

Entre 1908 y 1914 crea una comunidad llamada *Religión del Encuentro*, en la que recibía a inmigrantes y refugiados, mientras éstos se legalizaban y establecían en la ciudad. Pretendía prestar ayuda y abrir centros de discusión filosófica y espiritual en los que el grupo escuchara los problemas de cada uno de sus miembros en busca de soluciones. La *Religión del Encuentro* fue el inicio de un estudio profundo sobre las

relaciones grupales, que dio origen a una de la más importante teoría psicológica: la psicoterapia de grupo.

En 1913 comenzó a visitar las casas de prostitución de la Viena Roja. Su propósito no era adoctrinar a estas mujeres, como habían intentado las asociaciones católicas de caridad, sino escuchar sus dificultades en reuniones periódicas y ver la forma en que podían agruparse. Este inicio de terapia de grupo culminó con una reunión masiva en la *Sofiensual*, una de las salas más grandes de Viena. Era algo más que un sindicato porque, entre otras razones, una persona del grupo podía ser terapéutica para otra; se dio cuenta de otros cuatro aspectos básicos de la terapia de grupo:

- La autonomía del grupo.
- La existencia de una estructura de grupo y la necesidad de saber más acerca de esto; el diagnóstico de grupo como paso previo a la terapia de grupo.
- El problema de la colectividad: la prostitución representa un colectivo con unos roles, costumbres y conductas, independientes de los participantes individuales y del grupo local.
- El problema del egocentrismo: cuando un cliente es tratado en terapia individual, esta solo con el doctor y su persona es el centro. En psicoterapia de grupo hay una tendencia al anonimato de los individuos, pues las metas se dirigen más a la totalidad del grupo.

Poco antes de ser médico fue destinado al campo de refugiados tirolese de Mittendorf, influido por Bannizone descubrió la sociometría en 1916. A causa de la 1º guerra mundial, la casa en que se reunía a poner en práctica la *Religión del Encuentro*, fue cerrada, sin embargo continuó desarrollando su filosofía, llevándola a hogares o grupos sociales que lo necesitaran. A esta práctica la llamó Teatro Recíproco, una mezcla de terapia familiar, psicoterapia y *Religión del Encuentro*. Sus primeras experiencias fueron con familias; cuando iba a sus casas y comenzaba una conversación, aparentemente normal y, a través de ella, podía observar cuáles eran sus preocupaciones sociales, familiares o políticas; entonces decidía dramatizarlas; lo más importante era que cada persona representaba su rol verdadero dentro del núcleo familiar.

Aún en la ciudad de Viena, en el 1921 funda el "Teatro de la Improvisación" ("*Stegreiftheatre*"). En este espacio, experimentó durante tres años la aplicación del juego espontáneo y la improvisación catártica de la dramatización, como método alternativo al psicoanálisis. Moreno, al crear el Teatro de la Espontaneidad, busca borrar las fronteras entre la audiencia, los actores y los dramaturgos.

Entre 1921-1923, grupos de actores y actrices que trabajan con él representaban con espontaneidad y sin ensayo temas sugeridos por el público presente. Algunas veces personas del público subían al escenario a representar ciertos papeles de los personajes envueltos en el tema. Estos temas sugeridos por el público reflejaban el entorno social, familiar y psicológico de quienes concurrían. El público presentaba temas no sólo por lo novedoso, sino también por su relación consciente o inconsciente con los mismos. Al igual que los niños, los adultos usaban su imaginación o la representación de ciertas escenas para acercarse a un problema en el que se sentían involucrados. Al mismo tiempo, la representación espontánea de personajes y escenas, al parecer extraños al auditorio, les servía para ampliar sus experiencias imaginativamente y para practicar varios roles sociales, culturales y políticos. En este sentido, Marilen Garavelli define al Teatro de la Espontaneidad como "Un teatro imperfecto e inacabado como la vida misma..." (2003, p. 54) en donde "...un escenario vacío aguarda por los misterios de aquellos personajes que aún no se han develado" (2003, p. 75).

Moreno se dedicó a profundizar las técnicas de espontaneidad, a través de la inversión de roles. Los actores adoptaban roles sociales: policía, bombero, cartero, etc., que luego intercambiaban hasta haber experimentado las distintas emociones y puntos de vista de cada rol. El público asistente, al participar en esta experiencia espontánea y creativa, podía reflexionar acerca de nuevas actitudes ante situaciones conocidas, convirtiéndose en una transformación de vida.

Ya en New York, en 1932 acuña el término "psicoterapia de grupo" convirtiéndose en uno de los pioneros del desarrollo la misma y, en 1936, establece un sanatorio en Beacon, 60 millas al norte de la ciudad, junto al río Hudson, donde reside y desarrolla sus numerosas actividades, hasta su fallecimiento en 1974. Es allí también donde toma forma concreta lo que se conoce en la actualidad como

"psicodrama". También pertenece a su iniciativa la fundación en New York de la ASGPP (American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama).

Además de los postulados Morenianos, en los desarrollos actuales del Teatro Espontáneo se pueden reconocer otras fuentes de influencia en donde hay dos que para efectos de esta investigación se consideran como fundamentales, estas son el Teatro Play Back de Jonathan Fox y el Teatro del Oprimido de Augusto Boal.

3.6.1.1. *Teatro Play Back de Jonathan Fox (1975)*

Si bien J. Fox posee formación en psicodrama y reconoce las semejanzas y cercanías de los movimientos, señala que el origen de su creación no se relaciona con el psicodrama.

Fox viene desde el mundo del teatro y el arte, vinculando su propuesta a algunas experiencias con tradiciones de diversas culturas, entre ellas Nepal. Desde la vivencia de una fiesta tradicional en una aldea de ese país, en donde los habitantes del lugar por algunos días tomaban roles propios de su entorno y los manifestaban con representaciones dramáticas y bailes, toma la idea del *Actor Ciudadano*, quien desempeña por un tiempo limitado un rol significativo de su entorno y luego vuelve a ser parte de su comunidad, desde la cotidianidad.

Otra ideas que motivan su interés en las historias cotidianas de las personas, son sus estudios de Tradición Oral, las ideas de Boal y Freire en cuanto a la escucha de la gente y la idea del diálogo, la inclusión de todos los participantes de la función y la revalorización de la experiencia personal y colectiva.

Luego de su formación en psicodrama, la cual contribuye en su propuesta al entrenamiento de la escucha activa, a la comprensión de la dinámica grupal y al trabajo terapéutico de sus propias emociones, Fox comienza a hacer docencia en el instituto de Moreno y, paralelamente, funda la School of Playback Theatre, dirigida por él mismo y Jo Salas, lugar donde se imparte formación en Teatro Playback.

El Playback Theatre se define como un género basado en la improvisación de historias contadas por distintos narradores que surgen del público, relatos que cobran nueva vida a través del arte de un conductor, varios actores y un músico. Dicha forma de teatro comunitario, practicada generalmente en lugares no convencionales, revaloriza las historias de la gente y a su vez la conecta entre sí de un modo emotivo y profundo. Es una forma particular de teatro espontáneo de creciente difusión en América Latina, en el cual sensaciones, afectos, experiencias e historias del público se materializan, recrean y objetivan en el escenario.

El Playback es un proceso espontáneo, muy diferente del teatro tradicional en el que el entorno es manipulado. Con este género actuamos en nuestro propio espacio o en otro ajeno, pero siempre adaptándonos a las diferentes situaciones. No tratamos de crear un espacio artificial y atraer a la gente hacia él... Durante el proceso de actuación no manipulamos al público, interactuamos con él y eso requiere mucha flexibilidad, ya que cada público es único... El Playback es una forma íntima, un teatro en el cual entre el público se encuentran vecinos, familiares o conocidos. (Friedler s.f., p. 3)

Fox (citado en Fiedler, s. f.) señala que una de las diferencias fundamentales entre el psicodrama y el teatro Playback, es que el primero, comparado con otras formas terapéuticas, trabaja más con el lado derecho del cerebro, se apoya más en las imágenes, en la acción. El Teatro Playback trabaja más aún con ese lado del cerebro, hay poco de cognitivo en él. Mientras en psicodrama el hecho de compartir emociones y el intercambio verbal son muy importantes; en el teatro Playback se pasa de una historia a otra, o sea que el diálogo se da a través de las historias. Este es un elemento controversial, ya que el psicodrama ortodoxo plantea que si no se da el intercambio verbal no podrá darse un buen acercamiento entre la gente. Por otro lado, desde la práctica del Play Back se aduce que con entrenamiento y experiencia se logra el aprendizaje para llevar a cabo una dirección en forma segura del proceso, lo que en consecuencia contribuirá a que se produzca esa intimidad necesaria de una forma más artística que en el psicodrama.

Sin embargo hay mucho en común entre esta forma de teatro y los planteamientos Morenianos. Sin lugar a duda, el punto de confluencia fundamental es que ambas miradas plantean ser una herramienta potente para

el cambio social. El movimiento se genera desde lo individual a lo colectivo, así por ejemplo, alguien que no creía tener historias para contar, que tenía una impresión muy caótica o pobre de su vida, viene a la función y de pronto es invitado a ocupar la silla del narrador, lo cual puede ser más importante que la historia misma, y se le pide que cuente una historia. Ocurre que, por primera vez, para él mismo y para los demás, esa persona siente que tiene algo para decir, algo que sucede en su vida y es importante para él y para los demás.

Por otra parte, al hablar de cambio social hablamos de un concepto amplio y puede incluir diferentes ideas. La posibilidad de la diversidad, el hecho de que haya diferentes personas en un mismo lugar, escuchando y viendo las historias unos de otros, favorece la empatía y amplía la capacidad de considerar puntos de vista diferentes y ajenos.

A medida que varios de nosotros nos hemos involucrado más y más en esta práctica orientada hacia el cambio social, nos dimos cuenta que hacer Playback es sólo una parte del desafío. La otra parte, la más difícil quizás, es lograr reunir a personas con sentimientos muy adversos entre sí, enemigos incluso, en un mismo lugar, para compartir historias. Es un desafío que trasciende lo específico de este género, pero que resulta indispensable para su realización, ya que requiere otras habilidades que las que se ponen en juego habitualmente. (Friedler, s.f., p. 6)

Otra característica que hace de estos dispositivos un terreno fértil para el cuestionamiento de lo establecido, es la posibilidad de dejar aflorar las voces suprimidas y las historias de gente que tiene un sufrimiento en común. Por ejemplo, gente que puede haber experimentado algún desastre físico como una inundación, un terremoto o haber sufrido alguna forma de opresión. En este sentido es fundamental ser muy cuidadosos de no juzgar ni anteponer nuestras opiniones personales a las del narrador. “En el contexto político nos interesa especialmente invitar a la gente a compartir la historia no oficial, la historia del pueblo. Confiamos en una especie de sabiduría que emana de los que están ahí presentes para lograr un clima de intimidad que nos permita aproximarnos, aún a las historias más dolorosas” (Friedler, s.f., p. 7).

3.6.1.2. Teatro del Oprimido de Augusto Boal

Actor, director teatral y pedagogo Brasileño, cuyas propuestas teatrales surgen y se desarrollan entre las décadas del 50 y 60, época en donde Latinoamérica es objeto de dictaduras en diversos países. Contingentemente en esta época se expandió la teología de la liberación en nuestro continente. En la Conferencia Episcopal Latinoamericana de Medellín (1968) y en la siguiente sesión de los obispos en Puebla (1979) se proclama la «*opción por los pobres*» promoviendo en los fieles que se comprometieran en la transformación de la sociedad.

Estos postulados, son coherentes con los planteamientos de Boal, en el sentido que su lenguaje teatral propone la liberación del pueblo. Por tanto, así como los postulados de Paulo Freire en el campo educativo, la propuesta de Boal, sirve como método en el plano artístico y político para la Teología de la Liberación.

Su búsqueda de nuevas formas escénicas comienza en 1956 cuando retorna a Brasil desde Nueva York- donde estudió dramaturgia y teatro en el Actor's Studio. En Brasil se hace cargo de la dirección artística del Teatro Arena de San Pablo que ejerció hasta que tuvo que exiliarse en el 1971. Su objetivo fue lograr desde lo teatral mayor cercanía con los problemas reales del pueblo Brasileño, sentando de esta manera las bases de una dramaturgia nacional.

En este proceso se conecta con la propuesta de Paulo Freire y con el psicodrama de Jacob Levi Moreno, utilizando enfoques parecidos en teatro, que lo llevaron a elaborar su Teatro del Oprimido.

Su lenguaje teatral en sus inicios posee dos componentes esenciales: primero, el espectador vuelve a actuar (teatro invisible, teatro foro, teatro imagen, etc.). Segundo, hay que eliminar la propiedad privada de los personajes por los actores individuales: sistema comodín.

El pueblo oprimido se libera. Y otra vez se adueña del teatro. Hay que derrumbar los muros... El hombre es el único que tiene la capacidad de desdoblarse, mirarse en el acto de mirar". Señala que el teatro es la primera invención humana en la

cual el ser humano “ha aprendido a ser el espectador de sí mismo, sin dejar, pues es actor; de hacer. Este espectador privilegiado, el spect-actor, es sujeto y objeto a la vez; puede guiarse a sí mismo, ponerse en escena. Especta-actor: principio que opera en el espectador cuando está obrando (Boal, 2002, p. 98).

Plantea también la necesidad del teatro interactivo, que incentiva el diálogo entre el público y los actores, ya que creía en el diálogo como la forma natural, la dinámica común y sana entre todos los seres humanos, que es algo deseado y que todos somos capaces de mantenerlo y que cuando se transforma en monólogo le sigue la opresión.

Desde lo anterior, Boal define su creación como “(...) un sistema de ejercicios físicos, juegos estéticos y técnicas especiales cuyo objetivo es restaurar y restituir a su justo valor esa vocación humana, que hace de la actividad teatral un instrumento eficaz para la comprensión y la búsqueda de soluciones a problemas sociales intersubjetivos. (...) se desarrolla a través de cuatro aspectos fundamentales: artístico, educativo, político-social y terapéutico” (2002, p. 43).

Augusto Boal desarrolló su práctica teatral a través del Centro del Teatro del Oprimido (CTO), fundado y dirigido por él. Además llevó estas técnicas al ámbito de la política, así durante el primer mandato del presidente del Brasil, Lula da Silva, fue elegido concejal del Partido de los Trabajadores en Río de Janeiro (1992-96). En dicha instancia, logró que se sancionaran leyes mediante la prevención de necesidades en los barrios más pobres de dicha ciudad, a partir de sus técnicas teatrales.

Esta práctica cultural, generó otras formas escénicas, como el teatro legislativo, en el que las comunidades «actúan» la discusión y aprobación de leyes que las afectan, modalidad que se practica en otros municipios del mundo. También planteó las técnicas del arco iris del deseo, muy vinculadas al psicodrama y a la dramaterapia.

Hoy en día sus técnicas son utilizadas en otros países de Latinoamérica (Chile, Argentina), por ejemplo en iniciativas, que son financiadas por fondos gubernamentales o por otras organizaciones de la sociedad civil, en contextos comunitarios o institucionales y en temáticas relacionadas con educación, salud, participación social, etc.

Esta práctica artística para el cambio social del director carioca, nos remite a otras prácticas ancestrales; pues la transformación del mundo a través del teatro posee un antecedente en la tradición latinoamericana, precisamente en los pueblos originarios.

3.6.2. Desarrollos actuales del teatro espontáneo en Latinoamérica

Argentina:

Marilén Garavelli, El Pasaje.

Gustavo Aruguete, Teatros de la Memoria.

Julián Presas, Sonido en Escena, Teatro Espontáneo Errante.

Uruguay:

Rasia Friedler, SaludArte.

Raúl Síntes, Compañía teatro Espontáneo la T. U. T. E.

México:

Carolina Becerril, Compañía de Teatro Espontáneo La Troupe.

Brasil:

Moisés Aguiar, Creador del Teatro Debate.

Ralmer Nochimówsky Riggolletto, Teatro Espontáneo y Sexualidad.

Chile:

Transhumantes, Compañía Teatro Espontáneo Santiago.

Katrico, Compañía Teatro Espontáneo Valdivia.

Alas, Compañía Teatro Espontáneo Santiago.

Abierto Permanente, Compañía Teatro Espontáneo Santiago.

El Colectivo Compañía Teatro Espontáneo Santiago.

Al Toque, Compañía Teatro Espontáneo Concepción.

3.7. Teatro Espontáneo y psicodrama: Paradigma y práctica

En la actualidad los postulados Morenianos han tomado variados caminos, tanto en los desarrollos del Teatro espontáneo como del Psicodrama.

Entre las líneas de desarrollo psicodramático, es posible encontrar una gama de estilos, que van desde aquellos más cercanos a la propuesta original de Moreno, hasta líneas psicoanalíticas. Sin embargo, esta forma de hacer teatro espontáneo, proponiendo que el teatro espontáneo es el paraguas matriz desde donde surge el psicodrama, el sociodrama y el axiodrama, ha sido una herramienta de trabajo que ha quedado en manos de profesionales de la salud mental, específicamente psicólogos y psiquiatras, quienes desde su formación han enfatizado mucho más la mirada psicologizante de esta herramienta, a veces desplazando el vínculo entre lo dramático y lo psíquico.

En cuanto a la práctica del teatro espontáneo, en sus actuales desarrollos, hay un rescate de este vínculo, en donde la búsqueda terapéutica se centra justamente en los recursos teatrales, esto es en la posibilidad de la creación artística colectiva (Castillo, 2006).

Moreno (1966) postula que la inserción de la acción al ámbito terapéutico confiere características de realidad a este espacio, en donde las personas al ver recreadas sus situaciones, pueden incorporar aspectos que la sola palabra no es capaz de evidenciar. En palabras de Garavelli, las escenas son “Historias que dan luz y dan a luz” (Garavelli, 2003, p. 107).

Moisés Aguiar (1990), en su libro “O Teatro Terapéutico”, plantea que existen varias posibilidades de trabajar el contenido psíquico que muestra una escena y que la vía más utilizada por los profesionales de la salud que se dedican a este que hacer, suele ser el adscribirse a una línea teórica (de la personalidad, del desarrollo o de la psicopatología), para generar una elaboración de este, ya sea por la línea de la interpretación o de la devolución del material, para que sea el propio protagonista quien se apropie de este nuevo significado.

Sin embargo, estas formas de práctica, nuevamente propenden a la psicologización de la herramienta, dejando de lado las propiedades terapéuticas intrínsecas del teatro. En este sentido, en el teatro espontáneo se prioriza la representación misma, quedando por cuenta de los participantes del trabajo el digerir los contenidos que ya han sido elaborados en el propio hacer teatral.

Este que hacer consta ya de varias fases de procesamiento del material psíquico. En primer lugar, es el director el que expresa desde su entendimiento el contenido narrado por el dueño de la historia, para elaborar y ejecutar el proyecto de escena. Luego, los actores generan un nuevo procesamiento del contenido al prepararse y dar vida a la historia a través de los personajes que les fueron asignados por el narrador. Por último, el público (el resto del grupo), que funciona como caja de resonancia de este contenido llevado a escena, puede comentar o no en la misma función sus propias experiencias al presenciar las situaciones representadas, generando con esto una nueva elaboración del material primero, en donde este deja de ser del individuo, para pasar a ser del colectivo.

(...) Y todos somos voces de un coro que transforma la vida vivida en vida narrada y después devuelve la narración a la vida, no para reflejar la vida, sino más bien para agregarle algo, no una copia, sino una nueva dimensión (...). (Garavelli, 2003, p, 71)

Por otra parte, el entendimiento del aspecto terapéutico del teatro, propone una nueva manera de enfrentarse al proceso terapéutico, en donde el fluir de la acción transformadora, no queda bajo el control del terapeuta, sino, más bien, responde a las propias necesidades de cada sujeto que participa del hecho teatral.

Lo cierto es que el vínculo entre teatro y terapia que plantea Moreno, es una propuesta compleja que puede dar para múltiples desarrollos, por lo que el mayor error que se podría cometer es tomar esta herramienta como un mero conjunto de técnicas aplicables en ciertos contextos, como auxiliares terapéuticos, pedagógicos e incluso comunicacionales. La propuesta moreniana es mucho más amplia y mucho más compleja que esto. Posee una filosofía, una epistemología y un método propio.

La mirada de la teoría Moreniana, constituye un paradigma, que como tal posee una cosmovisión del ser humano y de sus aspectos vitales y una epistemología que permite conocer estas dimensiones. Desde este paradigma, el ser humano es concebido de manera holística e integral, generando una mirada biopsicosocial sobre las formas de acercarse al estudio de la psiquis.

Así también conciben al ser humano como un ser intrínsecamente social, siendo su existencia un continuo entrar y salir de una colectividad a otra. Es por esto que su teoría genera un cambio en la forma de concebir la terapia, desde un tratamiento del individuo aislado al tratamiento del individuo en grupos o hacia el grupo mismo.

3.8. Principales conceptos teóricos del Teatro Espontáneo

Dos fueron los primeros descubrimientos realizados por Moreno en la práctica del Teatro Espontáneo, respecto del comportamiento humano. El primero fue que ese tipo de teatro tenía un potencial transformador. En segundo lugar, que tenía buenos resultados en el tratamiento de las interrelaciones personales. Su propuesta nace entonces como una forma de exploración de los conflictos humanos a través de este método y ayudar en su resolución.

Para comprender el devenir en el desarrollo de conceptos dentro de la práctica del Teatro Espontáneo, en esta investigación se adherirá a los planteamientos de Moisés Aguiar (1990), respecto de comprender esta denominación de manera genérica y si se quiere matricial, dentro de las diferentes líneas desarrolladas por Moreno y que vinculan el teatro y la salud mental, a saber psicodrama, sociodrama, role playing, periódico viviente, etc.

La propuesta básica en la que se asientan los postulados Morenianos, se refleja en la metáfora que el mismo autor propone “La vida es un inmenso teatro”. En esta afirmación, Moreno plantea que el teatro sería un terreno fértil en la comprensión del ser humano, pero también un instrumento valioso para promover su desarrollo.

3.8.1. Concepto de vínculo

Entre las características que dan esa dimensión al teatro, una de las más importantes es la posibilidad de ver al sujeto en su entorno, con todas sus relaciones o vinculaciones que aparecen en ese espacio tiempo determinado. Esto es la posibilidad de poder mirar y revisar cada una de esas relaciones en sus particularidades, pero también en su dinamismo global.

En este sentido, el concepto de *vínculo*, aparece como central en la teoría moreniana. Esto sobre todo al considerar que el prisma comprensivo se sitúa en el terreno de la socionomía.

Para entender a qué se refiere el concepto de *vínculo*, se remitirá a la lectura que Aguiar (1998) realiza del mismo. Él plantea que el vínculo es el lugar y la importancia que ocupa el sujeto en la totalidad de la trama dramática, en relación con todos los otros sujetos y objetos presentes.

Este planteamiento se relaciona con la propuesta de Kurt Lewin (citado en Aguiar, 1998), quien establece una tipología basada en la comprensión de las fuerzas que estructuran un campo, considerando sus aspectos de intensidad, valencia y punto de aplicación.

Moreno (1966) quiere medir y describir esas fuerzas al interior de un grupo para lo cual elabora la técnica del **Test Sociométrico**, a través del cual se puede observar y analizar las relaciones que se establecen al interior de un determinado grupo (sea este familia, grupo de pares, grupo terapéutico, comunidad etc.), permitiendo ver y describir a un grupo en un determinado momento y de acuerdo a un criterio determinado. Además propone el estudio de las reciprocidades (*tele*) e incongruencias (*transferencia*), que se dan entre tales fuerzas.

Esta observación y análisis puede ser realizado directamente en lo que se ha llamado Proyecto dramático, que en el Teatro Espontáneo, se relaciona directamente con la escena que se pretende dramatizar. En la vida real, tiene que ver con el objetivo de la relación que se establece.

El teatro espontáneo entonces, en su propuesta de liberar el drama de la vida real de los conflictos que este pueda presentar y que impiden su fluir espontáneo, lo que hace es analizar el proyecto dramático (criterio del test sociométrico) en pos de verificar si los vínculos en este establecido (*tele* y *transferencias*), son compatibles con su propósito.

3.8.2. Conceptos de Locus, Status Nascendi y Matriz. La filosofía del momento

Todo proyecto dramático, tanto en el Teatro espontáneo como en la vida real, ocurre en un lugar y tiempo determinados, en donde la situación o cadenas de situaciones generan una modalidad de relación particular en la historia y /o fantasía de todo sujeto. Al significado que cada sujeto hace de esta relación, es a lo que Moreno denominó *Locus*. No es exactamente lo que sucedió, sino lo que la persona significa de esto, entramos al plano de la subjetividad. A decir de Gloria Reyes, "(...) eso es lo que el protagonista nos trae al representar su *locus* en escena. Nos está representando entonces lo que él vive como traumático o generador de un modelo relacional disfuncional" (2005, p. 24).

A la vez en este locus ocurren procesos múltiples en un *Status Nascendi*, es decir en un proceso dinámico y evolutivo a través del cual las cosas van ocurriendo. Este concepto se refiere a un proceso creativo en un contexto no estático. Esto es, por ejemplo, un proceso de gestación, una migración, la crianza de los hijos, etc.

Estos procesos influenciados por el *Locus*, generan respuestas en cada sujeto que podrán ser más o menos adaptativas a su realidad. Desde las respuestas afectivas, hasta las maneras de vincularnos tanto con los otros como con la realidad interna y externa, poseen una *matriz*, es decir un momento que resulta fundante en nuestro aprendizaje de repertorios de respuestas ante determinadas situaciones. Es aquí en donde se produce la rigidización de formas defensivas de respuestas que en un primer momento resultan adaptativas, pero que en tanto se rigidizan se tornan disfuncionales frente a otras realidades.

En este sentido, la teoría moreniana plantea que la posibilidad de curación pasa por que el sujeto conecte el locus a la matriz, desbloqueando una situación a cadenas de situaciones relacionadas a la emergencia original de un conflicto.

Según mi opinión, lo que realmente debe cambiar es la matriz, en tanto el sujeto pueda diversificar, ampliar sus respuestas a entornos

distintos des rigidizándose. Pero también pienso que para que esto ocurra debe pasar por un cambio de la significación de algunos aspectos de su locus, que es lo que de alguna manera se explora en la escena a través de inversiones de roles, interpolaciones de resistencias y búsqueda de realidades suplementarias. (Reyes, 2005, p. 26)

3.8.3. Concepto de espontaneidad

Quizás este es uno de los conceptos más revolucionarios dentro de los planteamientos de Moreno. A través de este concepto, él realiza una dura crítica a la forma en cómo nuestros sistemas culturales definen la valoración del Ser Humano en cuanto a sí mismo, sus artes, sus moralidades, sus formas culturales, de sociedad y de gobierno.

La ciencia y la nueva psicología, precedidas por las grandes religiones, han establecido en nuestras civilizaciones la idea del hombre sabio, del hombre que ha logrado un equilibrio de perfección mediante la supremacía intelectual.... La última fase de una obra, los libros en la biblioteca, las pinturas y esculturas terminadas en las galerías y museos, los productos mercantiles de las ideas creadoras, las normas rígidas, las fórmulas éticas, psicológicas y físicas, fascinaron la imaginación del hombre, se convirtieron en los ídolos al rededor de los cuales todos iban a girar. (Moreno, 1993, p. 64)

En otras palabras, nuestra civilización a valorado a lo largo de la historia las *Conservas Culturales*, es decir las obras en su estado secundario, en un estado de concretud que las hace susceptibles de posesión. En este estado, el creador ya se ha separado de su obra, Dios del Universo, la madre de su hijo, el científico de su teoría, el artista de su obra. Por tanto se vuelve propietario de su creación. En este afán, se deja en las sombras la sabiduría del momento del acto creador, cuya primera propiedad es la espontaneidad.

Moreno la define como un estado inherente al ser humano, que no es permanente, ni rígido ni establecido, si no que fluye, "se eleva y cae, crece y se desvanece, como los actos vivientes y sin embargo, es diferente a la vida"

(1993, p. 70). Es una entidad psicológica independiente, cuya activación va a depender de múltiples factores tanto afectivos como relacionales y contextuales.

Por otra parte la considera como un fenómeno primario y positivo, esto es, si pensamos en las teorías de desarrollo infantil, que explican la evolución a partir de comparaciones con la psicología animal y/o como derivada de impulsos sexuales neuróticos. Según Moreno, la espontaneidad surge desde el nacimiento del niño, considerando que el motor principal del desarrollo del niño sería justamente este factor; su continua espontaneidad y creatividad como expresión cotidiana, que lo anima y sostiene desde el momento del nacimiento. En sus primeras etapas, el niño está estrechamente vinculado a los fenómenos en su *status nascendi* encontrándose inmerso en una atmósfera de continua creatividad y espontaneidad, estado que se experimenta rara vez en la vida posterior. Sin ningún conocimiento previo, el niño se enfrenta a un medio novedoso y extraño. Dada su rápida adaptación, como forma de supervivencia, Moreno define su desarrollo como espontáneo y positivo. En este sentido es que su teoría plantea que el desarrollo de la espontaneidad prepara al individuo para reaccionar ante cualquier conflicto futuro.

Este factor es diferente y algo más de la determinada energía que se conserva en el cuerpo del recién nacido. Es un factor que le permite ir más allá de sí mismo, entrar en nuevas situaciones como llevando al organismo, estimulando y excitando todos sus órganos para modificar sus estructuras de modo que puedan hacer frente a sus nuevas responsabilidades....A esta nueva respuesta de un individuo ante una situación nueva y a la nueva respuesta a una situación vieja la hemos llamado espontaneidad. (Moreno, 1993, p. 68)

Este factor *E* como lo ha denominado Moreno, opera en nuestro universo mental y evoca niveles de expresión organizada. Es una energía psíquica que actúa como un catalizador psicológico ante situaciones que lo requieren, impulsando los sentimientos, pensamientos y acciones que son más adecuados. Esta energía psíquica opera sólo en el momento de su emergencia, como una cualidad de la estructura psíquica.

Como facultad del ser humano, en cuanto función cerebral, presenta un desarrollo mucho más rudimentario que cualquier otra función fundamental del sistema nervioso, lo cual se puede atribuir a que en una civilización que valora las conservas culturales, la espontaneidad es mucho menos utilizada que la inteligencia o la memoria, por ejemplo.

Para activar entonces esta energía/facultad/función, son necesarios algunas condiciones, como por ejemplo, la posibilidad de un universo abierto, esto es, un universo en el que sea continuamente posible algún grado de novedad. Si pensamos en nuestro sistema educativo, por ejemplo, podremos constatar este hecho, un universo rígido y cada vez más determinado por leyes absolutas, programas educativos rígidos y homólogos para todos los niños, sin considerar sus diferencias individuales ni sus contextos. Este escenario poco favorece al desarrollo de la espontaneidad.

Tampoco se trata de un universo caótico o dominado puramente por el azar. En este caso, a decir de Moreno, sería más adecuado hablar de un poliverso o multiverso. "Se puede concebir un universo dominado por el factor E, que reduce la esfera del azar, y también un universo que añade la regularidad y el orden, las denominadas leyes de la naturaleza, al azar y la espontaneidad" (Moreno, 1993, p. 75).

En este sentido el teatro espontáneo ofrece justamente ese espacio, que es lo opuesto a las obras de arte consagradas que son conserva cultural y dejan al hombre común condenado a la pasividad y a la admiración de los genios, que son siempre los otros. Postula que todos somos potencialmente geniales y que nuestras historias cotidianas son tan interesantes como para ser puestas en escena.

Otro aspecto importante que ofrece el Teatro Espontáneo, es posibilitar un espacio en que los aprendizajes ocurren por descubrimiento, y con esto, es posible ampliar el repertorio de respuestas aprendidas para una misma experiencia. Esto, ya que al ser un universo abierto, nos enfrenta a situaciones de novedad, que nos permiten ir desarrollando nuevas comprensiones de la realidad. Con esto aumentamos la frecuencia de operación del factor *E*.

3.8.4. Concepto de Rol

Es este un concepto nuclear en la teoría moreniana. Si bien Moreno en un principio lo acuña desde una comprensión más cercana al significado teatral, poco a poco lo va asociando a la dimensión social.

Sin embargo, desde ambas acepciones, el rol se encuentra siempre ligado a una condición social, cultural, económica e histórica, por un lado, y a una situación familiar, personal, vincular y actitudinal por otro. La diferencia es que en el espacio del teatro, estos están dados dentro de un libreto, en cambio en la realidad social estos están asociados a características y funciones de una persona real.

Gloria Reyes en su libro "Psicodrama, paradigma, teoría y método", describe al rol como una "unidad de conducta, una forma social que adquiere el yo, en que emerge lo social e individual, lo privado y lo público o colectivo" (2005, p. 78). Moreno (1966) lo define como la mínima unidad de la conducta, una unidad de experiencia sintética, con funciones específicas. Por otra parte, este concepto dentro de la teoría de las relaciones interpersonales, se entiende como una unidad psicosocial de conducta, que está referida a la relación con otros.

Al ser el rol una experiencia social, ya que para su ejercicio siempre debe haber un otro, podríamos plantear que toda dinámica interaccional se da a través del rol. De esta manera, en palabras de Reyes, "el vínculo es una unidad de interacción cuyos polos son la unidad de conducta denominada rol" (2005, p. 78).

Esta unidad de conducta, a su vez posee características que la vuelven un fenómeno interesante de investigar. La primera de ellas es que posee una base sicosomática medible y observable, es decir, hay aspectos de experiencia individual a los cuales se puede acceder desde la observación. Además se expresa en racimos o clúster, es decir, una persona es a la vez madre, esposa, hija, vecina, por tanto al observarlos en cualquiera de sus ámbitos nos trae múltiples significados de la persona.

Como estos se expresan siempre en interacción son necesariamente complementarios, estableciéndose asimetrías o simetrías en esta complementariedad, según la relación (Padre - hijo, profesor – alumno, v/s hermanos, compañeros, amantes, etc.).

Otra característica del rol, es que puede ser percibido y representado, formando parte esto del proceso de socialización, por tanto el rol es construido. Si bien esta construcción queda establecida en forma de conserva cultural, en el momento de consolidarse en un sujeto, este lo estructura dinámicamente con aspectos creativos personales, ya sea desde las cogniciones, emociones y fantasías de ese sujeto. Es decir el rol se recrea.

Moreno (1966) plantea que el Yo es experiencial y no fenomenológico, y que surgiría a partir de la ejercitación de los roles. En este sentido, todas las situaciones de la vida se viven a través de un rol, desde la concepción, el nacimiento hasta la muerte, el cual a su vez presupone acción, interacción y actitudes. En este sentido, el rol nos permite observar la personalidad.

3.8.5. Catarsis de Integración

El concepto de catarsis nos remonta a las formas teatrales más primitivas, así por ejemplo, en las culturas ancestrales, cuando se iba a salir a cazar, se realizaban ritos de preparación para la hazaña, que consistían en la escenificación del enfrentamiento que se suponía iba a acontecer. De esta manera, lo que se buscaba era hacerse uno con la presa, imitando sus movimientos o, como en un role- playing, dramatizar la persecución de ésta, de manera de apropiarse de manera simbólica del potencial destructivo del enemigo. El temor era exorcizado generándose un aumento en el coraje y la fuerza del cazador.

Algo similar se puede ver en las liturgias de las diversas religiones, en donde los fieles participan de los actos ritualísticos, como actores con papeles previamente definidos, según el rito. Estos permiten a los integrantes vivir una experiencia de renovación de los lazos con la divinidad, en la religión católica por ejemplo, a través de un proceso de purificación (perdón de los pecados) y de unidad comunitaria (comunión).

Ya en las formas más actuales, en donde se encuentra una división mucho más marcada entre los actores y la platea, esta última participa desde el rol de espectadores, quienes son impactados por lo que sucede sobre el escenario la mayoría de las veces por fenómenos de identificación. Aristóteles planteaba que en la tragedia griega, las emociones intensas como la piedad, el terror, la solidaridad, tiñen la escena en busca de purgar al espectador de esos sentimientos.

El teatro espontáneo ofrece la posibilidad de convertirnos en nuestros propios dramaturgos, escribiendo con la memoria y la voz una obra que será única e irrepetible. Así también es posible ocupar el rol de actores/actrices, teniendo la posibilidad de encarnar con nuestro cuerpo y nuestras emociones las historias y situaciones que son para nosotros significativas en cuanto matrices. Por último, nos permite ser los espectadores de estas escenas, rol en el cual tenemos la posibilidad de disfrutar del goce estético de esta experiencia.

Todos los modos de experiencia señaladas ocurren bajo la forma vivencial del “como sí”, que es el modo de experiencia que tiene el niño cuando juega. Esto implica que opera en nuestra estructura psíquica un modo de consciencia especial que nos permite entrar en la experiencia involucrándonos con ella de una manera integral (mente, cuerpo, emociones). Freud habla de este fenómeno cuando se refiere al poder sanador de la experiencia fantástica que ocurre en el juego infantil. La fantasía, para Freud, es una forma de alejarnos de esta sociedad que no nos deja gozar. Una de sus manifestaciones es la creación artística, que sería una continuación del juego infantil en el mundo adulto. Postula que el poeta al igual que el niño al jugar, “crea mundos imaginarios a los que toma muy enserio” (citado en Evans, 1997, p. 105). De esta forma la fantasía sería una forma de buscar placer intentando corregir un fragmento de nuestra realidad ajustándolo a nuestros deseos o intentando resolver situaciones pendientes. El proceso creativo sería entonces una forma de conectar la fantasía con el principio de realidad de nuestra cultura.

Desde estas consideraciones respecto a la experiencia creativa que ofrece el teatro, es que interesa comprender el término acuñado por Moreno de “catarsis de integración”. En primer lugar, todo fenómeno teatral conlleva la repetición de una experiencia, recreada por alguien, por tanto es un fenómeno profundamente humano. Pero, además, siempre apunta a un aspecto de esa experiencia que, a juicio de sus

creadores, requiere ser reintegrada a la totalidad de la existencia a través de algún tipo de resignificación. La repetición teatral en este sentido sería un hecho catártico en cuanto supera la alienación de un fragmento de vida que se desprende para restituirla a su conjunto de existencia.

Por otra parte, se debe considerar que este proceso creativo en el teatro espontáneo es siempre un proceso colectivo, ya que en este espacio que conecta lo artístico con lo terapéutico, la espontaneidad individual no es suficiente para el acto creativo. En la conexión con la espontaneidad del otro se produce la liberación mutua de la energía creativa que puede extenderse sobre todo el grupo. Este proceso de creación colectiva precisa de una sintonización de las múltiples sensibilidades puestas en juego, desde la dirección, pasando por el protagonista, que será quien represente el drama del grupo, hasta la platea, que actuará facilitando el desarrollo del drama latente. Es por este hecho que podemos hablar de catarsis de integración, es decir, en la medida en que se produzca la integración de todos los involucrados, se propiciará la cualidad estética del espectáculo. Podemos hablar entonces de una re-integración de todos los participantes, tanto como colectividad como en la totalidad existencial.

3.9. Elementos del Teatro Espontáneo

3.9.1. El Director

Este rol es fundamental para el funcionamiento de un trabajo de Teatro espontáneo. Es quien cumple la función de coordinador facilitador. Una sesión de teatro espontáneo sin director corre el riesgo de resultar en un caos, a decir de Aguiar, “ un juego dramático que se desborda en múltiples vertientes discontinuas, sin que en ningún momento se caracterice el evento teatral” (Aguiar,1998, p. 56).

En este sentido, podemos entender que la propuesta de la espontaneidad no tiene que ver con la desorganización, al contrario, para el surgimiento de esta facultad, se requiere una estructura que sea sostenedora de lo que ahí va a acontecer, que de seguridad a quienes participan de esta experiencia. El director brindará esta contención, permitiendo a la vez que el drama latente del grupo se revele según el mismo grupo lo requiera. Esta estructura sólo se

volverá indeseable para el grupo cuando entorpezca e imposibilite el desarrollo del mismo. Es por esto que el estilo de dirección puede influir de manera decisiva en la capacidad espontánea que el grupo alcance.

Por otra parte, esta estructura necesita que el director sea el primer protagonista, él es el primer combatiente, el primero en exponerse y comprometerse, esto en la medida en que durante el desarrollo del drama comience a emerger un nuevo protagonista, entre los demás miembros del grupo, y entonces el director cede ese lugar, pero sigue facilitando el desarrollo del drama.

La propuesta de teatro espontáneo, acaba siendo, cuando es llevada a cabo con respeto por sus principios fundamentales, la viabilización práctica de una de las enseñanzas más claras de la teoría anarquista, que es la revisión constante de las relaciones, para que se pueda alcanzar una forma de sincronismo en la actividad colectiva, que garantice la libertad individual y los intereses comunes simultáneamente. (Aguar, 1998, p. 58)

Durante una función, será necesario que el director esté atento también a las necesidades individuales del grupo, en este sentido deberá descentrarse por momentos del protagonista y escuchar lo que el grupo está queriendo expresar de lo que está viendo, tanto en forma de sugerencias como de críticas. Esto además es de vital importancia para que la comunidad envuelta en el proceso de teatro espontáneo, se sienta enteramente participante y adecuadamente representada. El director incluso estimulará a la platea a subir al palco.

La fluidez en el diálogo del director con el grupo será de vital importancia durante el trabajo. Si este se desarrolla de forma adecuada, las manifestaciones de la grupalidad serán los indicadores precisos para el trabajo. Así pues, en cada momento el director deberá atender a las necesidades del grupo y a los emergentes que en él surjan, tanto de protagonismos, como de liderazgos y tramas.

Otra función importante del director, es la articulación del espacio escénico con el espacio del público, siendo un catalizador del movimiento del

grupo, para que este movimiento llegue a la escenificación. De esta manera, el grupo se encomendará en la tarea de llevar a cabo una creación colectiva en una relación dialéctica con la espontaneidad.

El director debe promover el aprestamiento de los participantes hacia esta situación de espontaneidad, el cual es una condición fundamental para la generación de un grupo y de un proyecto dramático.

Por otra parte, debe procurar a los participantes de los recursos expresivos y dramáticos necesarios para llevar a cabo esta tarea.

En la tarea de creación escénica, la propuesta del protagonista, sea este uno o el grupo en su conjunto, servirá de hilo conductor, siendo función del director indagar y desplegar si es preciso, todas las posibilidades dramáticas que surjan, investigando los contenidos individuales, las fantasías y al mismo tiempo estimulando y valorizando los movimientos creativos.

En relación al protagonista, la dirección debe ser muy cuidadosa en cuanto al lugar que éste ocupa, siendo consciente de que es un espacio que concentra gran parte de la atención de los participantes. El director deberá estimular la exposición verdadera del contenido, pero al mismo tiempo proteger de los excesos que eventualmente podrían causar daños. Aguiar (1998) señala que es este un equilibrio dinámico que se hace posible solamente cuando se establece a nivel grupal una relación de carácter télico.

Al mismo tiempo es preciso que el director esté atento a la contraescena, es decir, a las acciones que desarrollan los otros actores de manera espontánea para complementar la escena del protagonista. Estas acciones no seguirán necesariamente al pie de la letra el guión trazado por el protagonista y puede ser que incluso se alejen de sus expectativas. En ese momento será precisa la intervención de la dirección para, en primer lugar, leer por qué se da esta incongruencia y, por otra parte, abrir otras posibilidades que el mismo grupo deberá definir.

En síntesis, el papel del director será crucial para el desarrollo espontáneo de la grupalidad, en cuanto a la tarea de creación, encarnando en

su persona la contención de éste y a la vez el riesgo preciso que les permita aventurarse en esta tarea.

3.9.2. Los actores: El lugar del protagonista y la platea

Así como en el teatro, otro elemento fundamental de esta propuesta son los actores, cuyo lugar será ocupado principalmente por las personas que asisten y participan de una función de Teatro Espontáneo, aunque también puede existir una compañía de actores espontáneos entrenados.

La tesis de Moreno es que al representar un personaje, éste y sus acciones estarán siempre teñidos por las vivencias y emociones del actor que lo interpreta, es por eso que el personaje cumpliría la función de develar al actor más que esconderlo tras él.

En este sentido, resulta interesante ahondar en el concepto de protagonista. Dado la psicologización del psicodrama, comúnmente se ha utilizado este concepto como equivalente a paciente/cliente, sin embargo, la práctica del teatro espontáneo ha relevado la raíz teatral de esta metodología. En este sentido, el lugar del protagonista para el teatro espontáneo, será ocupado por el personaje que cumpla la función dramática en la estructura narrativa, de centralizar y estructurar los acontecimientos. Este personaje, en una función de teatro espontáneo, tiene múltiples fuentes de emergencia, pudiendo corresponder a una persona que se encuentre o no presente en la función, o a un personaje ficticio creado por la grupalidad o traído desde otro espacio externo a la función.

El personaje protagonista en la función, será portador y sintetizador del conflicto grupal, permitiendo así la expresión y revelación de ese conflicto. No significa que todos los presentes estén atravesando el mismo conflicto psicológico que trae la historia de este protagonista, ni menos de la misma forma, pero si hay una buena elección del protagonista, es seguro que este conflicto es una resonancia de lo que trae el grupo completo a la función, y cada participante lo vivirá desde su propio ángulo, participando de la manera que más sentido le haga en los diversos roles que ofrece el espacio.

Se deduce, entonces, la importancia de que se realice una buena elección de este protagonismo ya que el errar en este aspecto, equivocando la decisión, pone en juego toda la secuencia del trabajo. Esta elección es un proceso en esencia democrático, en donde es el grupo completo el que lo lleva a cabo, siendo el rol del director solamente la de facilitar y coordinar el proceso. Si en algún caso se tomase una decisión equivocada, será responsabilidad del director pesquisar el fenómeno y tener las habilidades para redireccionar la dinámica grupal, leyendo la emergencia de nuevos protagonismos, hasta que éste vuelva a su equilibrio autorregulándose y retramaticando las escenas de la función.

Desarrollos teóricos actuales sobre el fenómeno de la protagonización, miran este tema desde una perspectiva holística y sistémica de la dinámica grupal, en donde la hipótesis es que cualquier participante puede ocupar este rol, es decir, no habrían elecciones erradas, toda vez que cualquier parte siempre contiene el todo. Entonces se puede hablar de protagonismos que puedan ser más facilitadores para el desarrollo del drama grupal, que otros, y el rol de la dirección acá sería posibilitar las condiciones para que surjan estos protagonismos facilitadores, ya desde el caldeamiento específico.

Las demás personas asistentes y participantes de la función, tendrán la posibilidad de encarnar los roles antagonistas y deuteragonistas, necesarios para el desarrollo de los relatos llevados a escenas. Estos actores espontáneos pueden ser parte de la compañía de actores entrenados o emerger de la audiencia.

Respecto a cómo se deben jugar estos roles, existe una diferencia de tipo nosológica en su comprensión. Por una parte, si se parte del supuesto de que el personaje protagonista ocupa el lugar de cliente-paciente, presentando a través de su relato su propia crisis psicológica, como lo hace el psicodrama, entonces el rol de los otros actores-personajes, será hacer algo para solucionarlo, desempeñando en escena el papel de las figuras relevantes del mundo psíquico del protagonista. En otras palabras, la misión de los actores auxiliares sería facilitar el diagnóstico y suministrar los medicamentos a través de sus acciones dramáticas. Esta misión se podría llevar a cabo al menos de dos formas, según la orientación del director psicodramático. Por una parte se piensa

que los actores debieran regirse fielmente a la caracterización hecha por el protagonista de sus personajes complementarios, introduciendo modificaciones sólo en la medida en que el director lo solicite o lo autorice. Por otra parte, se plantea que la contra escena debe ofrecer al protagonista luces sobre su comportamiento, sus relaciones y la articulación de estos con sus sentimientos. En este sentido el actor debiese intencionar e introducir en la escena acciones dramáticas interpretativas que logren generar intervenciones que hagan que el protagonista tome conciencia de sus propias acciones.

Sin embargo, desde la concepción del teatro espontáneo, el protagonista tiene una función diferente. El protagonista es el primero que sufre, que agoniza, según su definición etimológica. Si pensamos en el dolor como una alerta vital para reconocer amenazas a la integridad del organismo, es posible pensar que la función que cumple el protagonista es alertar sobre las amenazas que pudiese percibir el cuerpo social presente en el plano de las relaciones interpersonales. En este caso el protagonista representaría parte del cuerpo social donde se localiza el dolor. En palabras de Aguiar (1998):

El conflicto personal es el dedo que apunta algo que está aconteciendo en otro organismo que no es el individual: el grupo. El miembro del grupo que hace de **Locus** del sufrimiento debe ser por hipótesis, aquel que debido a su historia personal, las condiciones peculiares de su personalidad y los factores condicionantes del momento, el que presenta las mejores condiciones para constituirse en el “órgano de choque” de aquella colectividad. (p. 77)

En este mismo sentido, se puede plantear que la grupalidad con que se trabaja es, a su vez, parte de un todo, por lo que también representa una parte del malestar de grupos más amplios e incluso de la sociedad en su conjunto.

Es así como las escenas en teatro espontáneo surgen a partir del relato de un individuo, pero se expanden al resto de la grupalidad como un todo en un movimiento centrífugo y no centrípeto, es decir no centrándose solamente en el protagonista.

Desde esta perspectiva, el teatro espontáneo plantea que los actores auxiliares complementan las escenas desde sus historias y perspectivas personales, suponiendo que, de esta forma, lo que se trae a escena es el conflicto social subyacente al hecho mismo narrado y que la experiencia de crear esta realidad analógica colectivamente otorga la posibilidad de transformar la realidad, abriendo nuevos horizontes de soluciones creativas y solidarias para las dificultades de convivencia.

3.10. Formatos o dispositivos de abordaje en teatro espontáneo

En este apartado se describirán los formatos utilizados en la presente investigación, como una forma de dar un marco contextual para entender las intervenciones realizadas con los grupos en cuestión.

3.10.1. Teatro Playback

Como se mencionó anteriormente, es creado en 1975 por Jonathan Fox y se considera una de las fuentes de los nuevos desarrollos del Teatro Espontáneo, siendo a la vez también un formato dentro del teatro espontáneo.

Esta nueva forma de hacer teatro consiste en la interpretación de historias que narran las personas que asisten a una función, es un formato que rescata historias, rescata las formas de vivir, sus percepciones, dándole la posibilidad al narrador (espectador) de volver a ver un acontecimiento o una historia vivida, cualquiera que esta sea. De esta manera el narrador, que es el verdadero protagonista de la historia representada, se puede ver reflejado en esta nueva escena que es la propia, pero que a su vez es nueva, dado que pasa de lo individual a pertenecer al grupo. Las historias se suceden una tras otra, proponiendo que el final de la función es cuando éstas se agotan, dando paso al rito de cierre.

3.10.2. Teatro Debate

El Teatro Debate es un formato del Teatro Espontáneo. Consiste en atraer a las personas a un tema de interés común para abordarlo integrando todos los niveles – racional, emocional, personal, colectivo, reflexivo, activo, histórico, cultural, ético, creativo – y tornando el acto de reflexión en una obra de arte, producida

colectivamente, cuya dramaturgia se sostiene en sus necesidades y los caminos comunes de solución.

Es esta una herramienta potente para el trabajo con comunidades, permite que se genere movimiento colectivo de opiniones sobre asuntos importantes para el grupo, a través de la construcción colectiva del conocimiento, esto a partir de la integración de lo emocional, lo corporal y lo cognitivo. Permite construir, a través de historias de personas y realidades concretas, reproducidas en el espacio simbólico de la escena, un relato comunitario y personal que sintetiza saberes y prácticas comunes, que permite movilizar en la resolución de conflictos.

Para aprovechar ese potencial son exigidos algunas estrategias de dirección y el trabajo de actores-facilitadores adecuadamente entrenados. La compañía, (director/a y cuerpo de actores/actrices), intervienen con micro escenas que van espejeando desde diversas aristas el debate que se va dando en el grupo. Estas intervenciones permiten la apertura de la discusión, hacia nuevos puntos de vista y posibilidades de resolución.

Otros formatos que existen y sobre los cuales se puede encontrar literatura son la Multiplicación Dramática, desarrollado ampliamente por Raúl Síntes (2002), y la Retramatización, profundizado por Ernesto Fonseca Fábregas (1998). De todas formas, no es un tema zanjado, en el entendido de que la manera de abordaje estético es una búsqueda constante y una posibilidad abierta de creación en donde cada grupalidad aporte desde su propia espontaneidad.

3.11. Estructura de una sesión de Teatro Espontáneo

Independiente del formato con el cual se decida trabajar, la estructura de una sesión no varía en sus componentes fundamentales. El hecho de que exista una estructura a la base de una intervención que plantea como fin último el desarrollo de la espontaneidad, lejos de ser una paradoja, plantea la necesidad de un punto de partida estable y que genere seguridad para que, efectivamente, el factor E pueda desplegarse y desarrollarse. Ya se mencionó en el apartado en que se trataba el concepto de espontaneidad, cómo esta facultad del ser humano no tiene que ver con una especie de conducta caótica y sin sentido, sino más bien con una capacidad de otorgar una respuesta adecuada a los requerimientos del medio, para la supervivencia.

La espontaneidad sería lo contrario tanto a la rigidez de la conducta, así como a la conducta maniática y desorganizada.

El niño para atreverse a explorar requiere de cierta seguridad básica; esa seguridad es brindada por ciertas estructuras estables, como un entorno acogedor, vínculos protectores o de apego, etc. Ese mismo principio se considera en tanto se quiere lograr un desarrollo espontáneo de un grupo a partir del vínculo entre sus individuos.

3.11.1. Caldeamiento

Para lograr este ambiente seguro y protector, esta primera etapa es fundamental. En ella el objetivo es lograr la cohesión grupal, es decir, generar un clima grupal, que asegure la intimidad del grupo, la apertura para la expresión de todos sus miembros, incluyendo la expresión del no querer, respetando los tiempos y espacios de cada uno de sus miembros y generando vínculos protectores entre el individuo y la grupalidad.

Para esto se trabaja principalmente con ejercicios que permiten la apertura de las percepciones, por un lado y por otro el contacto entre los individuos, que los hacen transitar hacia la vivencia de lo colectivo. Existen muchas formas de lograr estos objetivos, pero lo más usado son ejercicios de toma de conciencia tanto del cuerpo individual como grupal. Esta primera etapa facilitará la emergencia de los contenidos tanto presentes como latentes del grupo para la etapa posterior de desarrollo dramático, pero además preparará para trabajarlos desde otros espacios psíquicos, no sólo cognitivos, sino también sensoriales y afectivos.

3.11.2. Desarrollo Dramático

En esta etapa, el objetivo final es develar el drama latente de la grupalidad. Esto quiere decir tener la habilidad desde la dirección de leer los emergentes y significados grupales para ser puestos en escena por parte ya sea de la compañía, así como también por los mismos miembros del grupo.

Esto implicaría ya una primera forma de elaboración, en el momento en que los contenidos son verbalizados y una nueva elaboración en el proceso de ser llevados a escena y luego remirados por la audiencia.

Es en esta etapa, en donde según las características del grupo y los objetivos de la sesión, se optará por uno u otro formato para abordar tanto el desarrollo dramático, como la forma de orientar la intervención. En este sentido, se optará por una mirada psicodramática si los objetivos terapéuticos se centran en el individuo o sociodramática si el sujeto último de intervención es el grupo en su totalidad. Así también, desde una mirada que contempla una dimensión estética, se elegirá trabajar con teatro debate, si se precisa generar un encuentro y una amplitud de diversos puntos de vista de un mismo fenómeno o teatro playback si se requiere rescatar y relevar las vivencias únicas e irrepetibles de experiencias tanto individuales como colectivas. En último caso, será el equipo (director/a – actores/actrices) en consonancia con las necesidades del grupo mismo lo que determine una u otra elección que también responderá a las habilidades desarrolladas por el mismo equipo en uno u otro formato. En el apartado de metodología de la investigación se definen los criterios para cada uno de los formatos utilizados en la investigación.

3.11.3. Sharing o momento para compartir la experiencia

Esta tercera etapa de la función, propone una nueva forma de elaboración de los contenidos en donde la grupalidad se re-apropia de lo acontecido durante la segunda fase y lo comparte de manera vivencial, es decir en primera persona, desde la vivencia personal. ¿Qué sentí?, ¿qué me pasó?, ¿cómo me siento ahora?, son preguntas que pueden utilizarse en esta fase, cuyo objetivo es estimular la decantación tanto individual como colectiva de la experiencia. Hay quienes postulan que esta etapa no sería necesaria, ya que el proceso dramático mismo ya la contendría. Sin embargo, otros autores y hacedores de teatro espontáneo relevan la importancia de la dimensión verbal de esta etapa (Bustos, 1997). En último caso, se postula en esta investigación que esta forma de procesamiento no se agota en la función, sino que se traslada a otros contextos, reactivándose cada vez que una situación se relacione con la vivencia de los contenidos significativos para la persona y reapropiados en la función. Este fenómeno alude al concepto de insight dramático o catarsis de integración.

En contextos de aprendizaje de la metodología se incluye una fase posterior de procesamiento teórico, en donde el objetivo es construir conocimiento a partir de la vivencia colectiva.

3.11.4. Rito de cierre

Así como en una primera parte fue preciso conformar grupalidad, en la fase final es preciso generar un espacio para despedirse de este espacio grupal único e irrepetible. Desde esta mirada, se considera que aunque el grupo vuelva a reunirse, con los mismos integrantes nunca será el mismo, ya que habrán variables y condiciones tanto extra grupales, como en sus propias relaciones, que harán que ningún momento grupal sea igual a otro. Esto se condice con los conceptos de *status nascendi* y *elén vital* acuñados por moreno para su teoría del momento.

Este espacio de confianza, íntimo y emotivo que, sin duda, involucró aspectos profundos de cada uno de los partícipes de la experiencia, debe considerar este espacio para agradecerse por lo compartido y, si es necesario, expresarse todo aquello que se sienta como importante, siempre guardando cuidado desde la dirección de que no sea una apertura hacia otras temáticas que puedan quedar inconclusas, por falta de tiempo. Esto alude a otro aspecto importante de esta etapa y que se relaciona con la necesidad de brindar un cierre de la experiencia, es decir, al igual que una pieza de teatro convencional, existe un principio, un desarrollo, un clímax dramático y un final, así también una función de teatro espontáneo requiere un cierre, que contenga las emociones desplegadas a lo largo de la función, haciéndose cargo del tono emotivo con que cada grupo queda. Esto no implica una reparación del drama develado, es decir una solución a las problemáticas planteadas o a las necesidades tanto individuales como colectivas, ya que esta tarea se supone como de responsabilidad de los propios sujetos, como ya se planteó en el punto en que se cuestiona la psicologización de la metodología.

Hay múltiples formas de trabajar esta fase de la función. Sin embargo, se tiende a trabajar con técnicas y dinámicas que involucren una vez más aspectos no sólo cognitivos, sino también que contemplen las dimensiones corporal, afectiva y creadora de los grupos. Siempre es una señal leída desde las potencialidades de la grupalidad la que se escoge para trabajar este rito de cierre. En el Anexo 1 se

incluyen las descripciones de las sesiones, en donde se detallan los ejercicios y estrategias utilizadas en cada etapa.

IV. CONDICIONES SOCIOCULTURALES Y ANTECEDENTES GENERALES DE LA LOCALIDAD INTERVENIDA

Como se mencionó, Cobquecura es la localidad en donde se realizaron las intervenciones. Esta es una zona costera perteneciente a la Región del Bío-Bío, y que se sitúa en la provincia de Ñuble.

La comuna de Cobquecura se divide en las localidades de Buchupureo (Puerto de Embarque), Cobquecura y Colmuyao. Existen dos versiones para el significado de su nombre, Cofque (forma en que los mapuche nombraban a los lobos de mar) y Cura (piedra en mapudungun), es decir Piedra de Lobos, debido a la lobería ubicada frente a sus costas. La otra dice que cofque quiere decir pan en lengua mapuche, es decir Pan de Piedra, debido a la gran cantidad de piedra laja que se encuentra en la zona y que se ha utilizado mayoritariamente en la construcción de viviendas. Cuenta con una superficie de 538,25 kilómetros cuadrados y marca el límite Norponiente de la Región del Bío-Bío. La población comunal según el Censo de 2002, es de 5.687 habitantes, lo que representa el 0,35 % de la población Regional y el 0,04 % de la población total del País. Su densidad demográfica es de 10,3 habitantes por kilómetro cuadrado. La población de Cobquecura se distribuye mayoritariamente en habitantes en el sector rural 67,5 % del total comunal. Este indicador le confiere a Cobquecura características de comuna de alta ruralidad, condición que interviene en forma determinante en sus posibilidades de desarrollo.

Cobquecura, según los datos de la Encuesta Casen 2006 (Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo [SUBDERE], 2009) registra un 19,75% de población pobre sobre el total población comunal. El porcentaje de población en condiciones de pobreza no indigente, es de un 19,75% cifra superior al porcentaje que se presenta a nivel de país, el cual equivale a un 16,05%. En tanto que la población indigente sobre la población total de la comuna, alcanza a un 8,0% lo cual equivale al doble del porcentaje que se registra a nivel nacional que es de un 4.0 %. El ingreso autónomo promedio por hogar es de 232.629 pesos, lo que la ubica en una condición de ingreso tipificado como “ **Muy Bajo**”, concordante con los datos Censo y los registros de encuesta Casen 2006.

El 97,3% de la población comunal depende del Servicio de Salud Pública, es decir, de la gestión técnico administrativa de los establecimientos de salud existentes en la comuna a través de su Departamento de Salud Municipal. Los establecimientos son tres, Consultorio General Rural de Cobquecura, con quienes se realizaron las coordinaciones para realizar las intervenciones; Posta de Salud Rural Buchupureo, Posta de Salud Rural Colmuyao, además de dos estaciones médicas Rurales en San José y Quile.

Según el Índice de Desarrollo Humano [IDH], Cobquecura se encuentra en nivel medio y en el eje salud en nivel alto, sin embargo, hay que tener presente que el territorio cuenta con problemáticas de salud mental de urgente abordaje como es: violencia social, intra familiar y dependencia alcohólica, lo que cobra mayor importancia al considerar las patologías psicosociales descritas como preponderantes luego de una catástrofe (SUBDERE, 2009). Para el componente Salud Mental, se describe una morbilidad de 8,61% en adolescentes y de un 20,9% en población adulta (Reportes Estadísticos Comunales, 2012).

Es interesante destacar que en un análisis FODA (Plan Anual de Acción Municipal, 2011) hecho por los mismos funcionarios de salud, se indican como debilidades un enfoque de atención centrado en el modelo biomédico, falta de cohesión como equipo multidisciplinario, falta de confianza y comunicación entre los funcionarios, alta carga laboral, entre otros. En este sentido, entre los lineamientos estratégicos del Plan de Acción, en el subcomponente Salud, se señalan, entre otras, las siguientes acciones:

- Mejoramiento del Clima Organizacional y Fortalecimiento de la Capacidad de Trabajo en Equipos, Tendientes a la Optimización de la Calidad del Servicio al Usuario.
- Educación permanente en la Temática de Auto cuidado, Vida Saludable y Prevención de las Condicionantes del Riesgo en Salud.

V. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

Para mantener una consistencia con la propuesta investigativa, el enfoque desde donde se sitúa esta investigación corresponde al paradigma fenomenológico, el cual entiende al mundo como algo no acabado sino que en constante construcción, en tanto los sujetos que lo viven son capaces de modificarlos y darle sentido. Desde esta consideración es que se entiende que el investigador, en tanto constructor de conocimiento, no puede pretender situarse de forma anexa al fenómeno investigado sino que es parte de él.

Este paradigma no concibe que sea posible analizar un fenómeno social sin aceptar que está anclado al significado que le dan quienes lo viven. “El enfoque fenomenológico tiene como foco entender el significado que tienen los eventos (experiencias, actos)... para las personas que serán estudiadas” (Maykut & Morehouse, 1994, p. 112), por tanto el contexto del fenómeno en cuestión cobra vital importancia a la hora de interpretar los datos.

Así también este enfoque reconoce que la realidad es compleja, los eventos y los factores relacionados tienen múltiples direcciones y están siempre en constante cambio, es decir, no hay relaciones causa-efecto unívocas, los elementos que un día se relacionan entre sí, pueden no estarlo en otro momento o pueden acompañarse de otros factores aumentando así las relaciones y su complejidad.

En este mismo sentido es que la metodología utilizada en esta investigación, será de carácter cualitativo, basada en el análisis por categorías emergentes de entrevistas aplicadas a los y las participantes de las funciones de Teatro Espontáneo, realizadas por la Compañía Katrico, en las localidades de Tirúa y Cobquecura.

La elección de este enfoque de investigación, para este estudio en particular, se fundamenta en algunas consideraciones epistemológicas básicas del investigador a la hora de definir su objeto y problema de estudio.

Entre estas consideraciones, se plantea que un aspecto fundamental de asumir a la hora de investigar, es la aceptación del componente interpretativo en la descripción de los fenómenos.

(...) la investigación cualitativa en psicología toma como punto de partida una conciencia del espacio entre un objeto de estudio y la forma en que lo representamos, y de la forma en que la interpretación llega inevitablemente a llenar ese espacio. El proceso de interpretación proporciona un puente entre el mundo y nosotros....., pero es importante recordar que la interpretación es un proceso que continúa mientras nuestra relación con el mundo sigue cambiando. Si vamos a hacer una investigación cualitativa de manera adecuada, tenemos que seguir ese proceso y aceptar que siempre habrá un vacío entre las cosas que queremos entender y nuestros informes de cómo son. (Parker, Banister, Burman, Taylor & Tindall, 2004, p. 15)

Este aspecto lleva inevitablemente a la consideración de una segunda cuestión fundamental a la hora de asumirnos como investigadores, que es el hecho de definir el rol dentro del estudio. En este sentido, si se toma una de las primeras definiciones que realiza el mismo autor respecto de la metodología cualitativa de investigación, "(...) estudio interpretativo de un tema o problema específico en que el investigador es central para la obtención de sentido" (Parker, et al. 2004, p. 14), se podrá comprender como entes interventores en el espacio social definido para la investigación e incluso como estructuradores de sentidos a partir de los datos obtenidos.

Es por esto que como tercer aspecto fundamental, es preciso definir cómo se entiende para este estudio el análisis de los resultados de la investigación, enfatizando que no es su interés proporcionar información que pueda entenderse como datos controlables o abstraíbles a otros contextos, ya que esto implicaría reducir los significados comprendidos en este estudio hasta hacer desaparecer el contexto por completo. Más bien el interés está dirigido a otorgar una descripción amplia del fenómeno en su contexto, desde una mirada integrativa del material analizado.

Dado que el teatro espontáneo, como metodología de trabajo con grupos y comunidades, supone una cualidad de la experiencia única e irrepetible, fundamentado en la filosofía del momento que Jacobo Levy Moreno, creador de la teoría psicodramática, toma a su vez de los planteamientos de Bergson, quien postula los conceptos de “*elan vital*” y “*durée*” haciendo referencia al “(...) fluir de la experiencia en una duración en donde todos los tiempos se conjugan” (Reyes, 2005, p. 11) y por otra parte dado que esta metodología se fundamenta en la filosofía del encuentro, que el mismo Moreno (1966) adopta de Martin Buber y que plantea que el observador no puede mantenerse neutro y ajeno al proceso que está observando, es que se asume que el enfoque cualitativo presenta una coherencia con los planteamientos que están a la base de este estudio.

5.1. Técnicas de producción de la información

Para la obtención de los datos, se utilizará como instrumento la entrevista semiestructurada *en profundidad* a diferentes actores relevantes, buscando enfatizar sus significados subjetivos, es decir que los propios entrevistados otorgan a los temas propuestos por el entrevistador. Así mismo este instrumento permitirá la exploración de los temas que resulten de mayor complejidad e interés para los fines investigativos, generando una comprensión mucho más sensible e incisiva del discurso de los participantes. Esta elección responde a la coherencia investigativa, dado que ofrece la posibilidad de investigar sobre la naturaleza del discurso, permitiéndole al investigador observar movimientos, gestos, aclarar términos, descubrir ambigüedades, definir problemáticas, exteriorizar supuestos e intenciones, motivar al interlocutor, etc. De esta manera, tal como lo plantean Parker, Banister, Burman, Taylor & Tindall (2004), “es posible decidir la amplitud o estrechez con que debe plantearse el problema, si una pregunta debe estructurarse en su totalidad o debe dejarse abierta y hasta qué punto resulta conveniente insinuar una respuesta” (p. 77).

Este tipo de entrevistas tiene un foco de investigación principal, en el cual las preguntas o temas en las cuales se basa el investigador para dialogar con el interlocutor, giran en torno a él.

La entrevista semiestructurada, como herramienta de investigación más abierta y flexible, puede documentar perspectivas que no se

representan comúnmente (o los investigadores ni siquiera imaginan), y de ahí que este enfoque pueda darles fuerza a grupos desfavorecidos al validar y hacer públicas sus opiniones. (Parker et al. 2004, p. 74)

Así también se considera entrevista en profundidad, dado a que la duración y profundidad de las preguntas permitieron crear un clima de intimidad con el entrevistado generando un vínculo de confianza que, a su vez, dio lugar a que se entendiera con mayor profundidad la percepción de la gente sobre los tópicos planteados.

Por último, la elección de este instrumento tiene que ver con la firme convicción de la necesidad de ejercer y practicar un rol participativo en la investigación, asumiendo así este espacio como un proceso de co-construcción de conocimiento, desde una actitud reflexiva que va desde la concepción de la pregunta de investigación, la identificación de los entrevistados, el montaje del espacio de entrevista, la entrevista misma y luego el trabajo para transformar un encuentro interactivo en una obra de investigación escrita.

5.2. Procedimientos de Investigación

Los cuestionarios de entrevistas (Anexo 2), fueron elaborados en conjunto con jueces externos, que además participan como actores de la compañía de Teatro Espontáneo Katrico, y que por tanto conocen experiencialmente la metodología. Los tópicos de las preguntas fueron definidos según los objetivos de esta investigación.

Las entrevistas fueron aplicadas en el mismo periodo de tiempo en que se realizaron las intervenciones. Estas fueron aplicadas en su mayoría en las casas de los y las entrevistados/as y/o en sus lugares de trabajo, ocupándose un promedio de 2 horas aprox. por entrevista.

5.3. Selección y características de la Muestra

La muestra estuvo constituida por algunos de los y las participantes de las funciones de Teatro Espontáneo de la comunidad de Cobquecura, en donde se trabaja con dos grupalidades pertenecientes al CESFAM Cobquecura

realizándose, por tanto, dos funciones de Teatro Espontáneo, una con el grupo de autoayuda para mujeres con diagnóstico de depresión, conformado antes de la catástrofe y la otra con funcionarios del mismo CESFAM. Cabe hacer notar que en ambas funciones participa el profesional del área de salud mental (psicólogo).

Es preciso señalar que para cada grupo se utiliza un formato de intervención distinto, que responde tanto a las características del grupo, como a los objetivos de trabajo planteados.

En el caso del equipo de funcionarios del CESFAM Cobquecura, se opta por el teatro debate, por dos razones fundamentales:

1. Es un formato que conjuga aspectos cognitivos que se dan en la discusión grupal, para ir transitando de forma progresiva hacia aspectos más simbólicos y relacionados con dimensiones psíquicas más cercanas a la emocionalidad. Este criterio tiene como hipótesis de trabajo que es un grupo que está transitando por un momento de desequilibrio como equipo, en donde existen resistencias hacia generar vínculos basados en las confianzas interpersonales, por tanto, este proceso progresivo facilitaría instalar un clima de confianza desde la aceptación y comprensión de los diversos puntos de vista. Este criterio responde a las características grupales.
2. Es un dispositivo que favorece la discusión, por tanto permite el movimiento de opiniones sobre asuntos importantes para una grupalidad. Sin embargo, el entrecruzamiento de las escenas proporciona una profundización que supera el abordaje meramente verbal, abriendo puertas que conducen a compartimentos poco visitados del sentir y del pensar. Este criterio responde así a los objetivos planteados para el trabajo con esta grupalidad, el cual era justamente favorecer el intercambio de opiniones frente a cómo les afectó la catástrofe en su funcionamiento como equipo.

Para el grupo de autoayuda compuesto por mujeres usuarias del mismo CESFAM y que han sido diagnosticadas con algún tipo de depresión, se opta por la utilización del formato de teatro playback, dado el objetivo de rescatar las vivencias de cada una de las participantes con el fin de otorgarles valor en el tránsito del sentir individual al colectivo. Por otra parte, este ya es un grupo que se reconoce en un ámbito terapéutico, por tanto se supone que hay relaciones de confianza ya establecidas entre ellas, lo que facilitaría la expresión de sus contenidos.

5.4. Criterios de inclusión de la muestra

La elección de los entrevistados responde a los principios de la metodología cualitativa y a un diseño de investigación emergente, que sostiene la importancia de una definición gradual de la muestra a través del proceso de investigación, es decir, esta se construye a medida que la investigación avanza de acuerdo a los criterios que vayan cobrando mayor relevancia y a la capacidad esperada de los sujetos para aportar nuevos o interesantes significados y sentidos sobre el fenómeno estudiado (Parker et al., 2004).

Se considera como unidades de significado, para esta investigación, a cada una de las personas entrevistadas y que pertenecen a los diferentes grupos intervenidos. De esta manera, los criterios para la selección de estas unidades de significado fueron los siguientes:

- Protagonismo durante la función, ya sea por tomar el rol de narradores de sus propias vivencias o por haber jugado un rol protagonista en alguna de las escenas desplegadas durante la misma.
- Profesional psicólogo de CESFAM Cobquecura, que además se considera un informante clave, dada su experticia en el área terapéutica.

De esta forma la muestra se compone por las siguientes unidades de significado:

- Grupo de niños y niñas Campamento “Nueva Esperanza”, Tirúa:
 - Maritza, 10 años
- Grupo de Autoayuda para mujeres con diagnóstico de depresión, CESFAM Cobquecura:
 - Olga, 40 años
 - Jeannette, 32 años
- Grupo de Funcionarios CESFAM Cobquecura:
 - Mónica, 49 años
 - Viviana, 47 años
- Informante Clave: Psicólogo CESFAM Cobquecura, responsable del grupo de autoayuda para mujeres con diagnóstico de depresión:

- Fernando, 33 años

5.5. Análisis de datos

Para el análisis de los datos obtenidos, se utilizará la técnica de *análisis por categorías emergentes*, que se enmarca dentro de las técnicas cualitativas de *análisis de contenido* y que responde a un enfoque interpretativo-descriptivo, el cual consecuentemente con la línea investigativa, propone la reconstrucción de los datos en una realidad reconocible, desde una interpretación de la información para producir una narrativa descriptiva del fenómeno social estudiado (Maykut & Morehouse, 1994).

El análisis por categorías emergentes, por su parte, es un proceso inductivo que va desde lo particular a lo general, en donde a partir de la información concreta, se descubren y construyen relaciones categoriales más amplias y generales, que permiten hacer interpretaciones y construir teorías. Esta forma de análisis permite la comparación constante de los incidentes sociales observados, para integrarlos y relacionarlos en la construcción de las categorías. Así la flexibilidad de este método de análisis presenta concordancia con el diseño emergente de la investigación, ya que como bien lo plantea Parker et al. (2004), permite “el descubrimiento de las relaciones (...) con el análisis de las observaciones iniciales (que) se someten a un continuo refinamiento a lo largo de la recolección de los datos y el proceso de análisis, y retroalimentan continuamente el proceso de categorización” (p. 124).

Las categorías resultantes de este análisis y su descripción narrativa se presentan en el apartado de “Resultados de la Investigación”.

VI. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo, se presentan las categorías de análisis emergentes de las entrevistas realizadas. Si bien estas categorías se relacionan con los objetivos planteados, aparecen otras que tienen relación específicamente con las necesidades propias de la muestra.

Es así como se organiza la información en seis categorías, cada una con sus respectivas subcategorías que describen y caracterizan con mayor precisión el análisis. Las categorías y subcategorías a saber, son:

Cuadro 5: Categorías y Subcategorías

Categorías	Subcategorías
1. Necesidad vigente de acciones de ayuda adecuadas para la población general.	Necesidad de verbalizar la vivencia
	Sintomatología post catástrofe
	Dificultad para buscar ayuda profesional
	Escasa disponibilidad de acciones de reparación psicosocial
2. Necesidad vigente de acciones de reparación para grupos específicos como Funcionarios de Salud.	Responsabilidad desde el rol profesional v/s postergación de necesidades personales post catástrofe.
	Inexistencia de espacios de contención y auto cuidado para profesionales de la Salud
	Dificultad de emprender acciones de reparación intragrupal en el equipo de salud.
	Sintomatología como equipos de trabajo
3. Elementos percibidos como reparadores desde la vivencia de la función con la metodología de Teatro Espontáneo.	Equipo de trabajo percibido como agentes terapéuticos
	Percepción de espacio como contenedor y generador de confianza
	Escucha Terapéutica

	Equipo de trabajo percibido como agentes terapéuticos
4. Elementos percibidos como reparadores desde la estructura metodológica propia del Teatro Espontáneo.	Utilización del trabajo con el cuerpo
	Participación activa y vivencial
	Posibilidad de identificarse con la experiencia
	La Escena Teatral como espacio de intervención terapéutica
	Posibilidad de verbalizar los contenidos propios
	El lugar de la audiencia
	La utilización de música en vivo
5. Percepción de cambio psicológico luego de la experiencia.	Sensación de descarga o disminución de la angustia
	Insight o aprendizajes derivados de la experiencia
	Sensación de bienestar posterior a la experiencia
6. Interés por repetir la experiencia.	

Por otra parte, se especificará para cada entrevistado/a el grupo de pertenencia; de esta forma para los integrantes del grupo de funcionarios de salud se utilizará la sigla (Fn°), donde n° corresponde al número de entrevistado/a. Igualmente para el grupo de autoayuda para mujeres con diagnóstico de depresión que son beneficiarias de CESFAM Cobquecura se utilizará la sigla (Mn°), donde n° corresponde al número de entrevistado/a, Por último para el informante clave, se utilizará la sigla (IC).

Lo anterior con el fin de diferenciar las características de cada grupo, en cuanto a sus interrelaciones y a la forma de abordaje trabajado.

6.1. Necesidad vigente de acciones de ayuda adecuadas para la población general

A la luz de los resultados, lo primero que emerge en el análisis, es el impacto que ha generado este acontecimiento en términos psicosociales para la población de las localidades señaladas y que participan en la función. En los diversos grupos, los relatos y sus concomitantes emocionales dan cuenta de que persiste en la población la necesidad vigente de acciones de ayuda adecuadas para elaborar la experiencia del terremoto.

6.1.1. Necesidad de verbalizar la vivencia

Si bien la primera parte de la entrevista apuntaba a conocer cómo fue la experiencia de vivir esta catástrofe y cómo esto ha impactado aún en sus vidas, se percibe como los y las entrevistadas tienen aún muy vivos los recuerdos, mostrando gran disponibilidad a contar su experiencia. Los relatos respecto a estos recuerdos del tiempo inmediato luego de la catástrofe se relacionan con estados de perplejidad frente a ésta que se manifestaban, a su vez, con cierta inercia en la conducta o estados de mucho nerviosismo. Esto se aprecia tanto en el grupo de funcionarios de salud, como en el grupo de mujeres

“aunque tengamos terapia y más terapia, la vivencia es inolvidable, para mí.” (Viviana, F1)

“nosotros andábamos zombis, estuvimos muchos meses zombis, como sonámbulos, andábamos en otra realidad.” (Viviana, F1)

“yo lo único que hacía era sentarme al sol y tejer, pero si no de brazos cruzados, no hacía nada, no hacía nada de nada.” (Olga, M1)

“estuve a punto de tener parálisis, como le llaman...eh... parálisis facial, mucho nerviosismo.” (Olga, M1)

“fue como todo convulsionado ese tiempo, estaba todo alterado, y el entorno, las personas también, como muy nerviosos...” (Jeannette, M2)

6.1.2. Sintomatología post catástrofe

Si bien no es un objetivo de esta investigación caracterizar las consecuencias psíquicas que dejó este evento, es un aspecto que resulta interesante en el análisis, constatar la presencia de síntomas que aún transcurridos 2 años de la catástrofe están presentes y que por ende pudiesen estar relacionados a cuadros de estrés postraumático. Este hecho da cuenta de que el trabajo de reparación psicosocial está aún pendiente.

“Como que el proceso no ha terminado, porque por ejemplo las compañeras decían: “pasé por tal estado, pero estoy en otro”, yo siento que todavía estoy en una búsqueda de sanación.” (Jeannette, M2)

Algunos/as de los y las entrevistados/as manifiestan frases asociadas a sintomatologías derivadas del terremoto, siendo común presentar sentimientos de tristeza y angustia asociados a la vivencia de pérdida, esto tanto en el grupo de funcionarios como en el de mujeres.

“De muchas formas, igual la familia, todo, como que.... Son cosas que duelen...” (Olga, M1, en relación a cómo le afectó el terremoto)

“El terremoto dejó tantas cosas, tantas marcas, que enumerarlas sería difícil. Mucha tristeza igual, porque perder la casa no es un tema fácil.” (Viviana, F1)

“En términos emocionales fue como un largo sentimiento de pérdida también.” (Jeannette M2)

“Ese miedo es como que muchas veces se apodera de la gente y no les permite salir de esa... de esa como... eh... angustia y también se ve que hay muchos casos de gente deprimida.” (Jeannette, M2)

Lo anterior acompañado también de sensaciones de temor y riesgo inminente asociados al trauma.

“Más que nada era como eso, esa sensación de que en cualquier momento se corre un riesgo inminente de perder la vida o que a uno de los seres queridos tuyo les pase algo.” (Jeannette M2)

“Muchos miedos se mantienen, ante cualquier movimiento de tierra, que acá ocurren a cada rato.” (Mónica, F2)

“Lo que quedó hasta el día de hoy es la sensación de alerta, o sea de que un ruido extraño o una sirena, algo siempre estar como siento yo no con el sueño profundo de antes, si no que un poco despiertos en alguna medida como para enfrentar una emergencia o una evacuación.” (Jeannette, M2)

Así también, para el grupo de mujeres con diagnóstico de depresión, se evidencian algunas alteraciones somáticas, como en los ritmos del sueño o sensaciones y alteraciones kinestésicas.

“La alteración del sueño como algo así más notorio, no sé, en realidad no recuerdo algo así como más que eso... ah, sí, temblores, era como una sensación de temblor constante al principio, como los días posteriores.” (Jeannette M 2)

“Estuve a punto de tener parálisis, como le llaman...eh... parálisis facial, mucho nerviosismo, me tiritaban las piernas, las manos, la cara, incluso me dio, pero no me dio fuerte gracias a Dios, quedé con la boca pa allá, la otra vuelta pa' este otro lado.” (Olga, M1)

Para el grupo de mujeres con diagnóstico de depresión, estos estados angustiosos parecen ser un agravante de estados psíquicos anteriores, generando una sensación de debilidad e imposibilidad de superar la vivencia., incluso con dependencia de tratamientos farmacológicos para poder funcionar cotidianamente.

“Se ha sumado esta experiencia de la vivencia del terremoto a otras cosas más puntuales de las vidas individuales, pero fue un agravante, evidentemente fue un agravante.” (Jeannette, M2)

“Es tan pesada la mochila que llevo, que ya no se podía más.... todo el mundo me dice, no esto se supera, que esto que el otro, pero yo no, no lo puedo superar.... es muy difícil lo que me está pasando y tengo apoyo de muchas personas, pero no se puede, lamentablemente por ahora no puedo.” (Olga, M1)

“Para dormir me tomo 6 medicamentos y para andar en el día son 4 y si no me los tomo ando súper mal, igual de repente me desmayo, como lo que me pasó hoy día, porque mucho estrés, es mucho pensar, mucho llorar.” (Olga, M1)

Por otra parte en ambos grupos también se manifiestan una especie de retraumatización al evocar el episodio de la catástrofe, lo que nuevamente da cuenta de signos de estrés post traumático.

“El momento de ir al terremoto a mi me llegó mucho, yo me quedé como estática y me fui a una esquina, me dio mucha pena.” (Viviana, F1, en relación a un momento de la sesión)

“Es muy difícil, porque llevamos nosotros dos años y dos años como que la herida estuviera tal cual, yo escucho la palabra 27 de febrero y retrocedo y vuelvo a lo mismo de antes, con mucha pena.” (Viviana, F1)

“En ese momento que lo estaba contando, mucho dolor, mucha tristeza y después cuando ustedes lo representaron, fue pero... ya colapsé ahí fue demasiado, fue demasiado el dolor, así que... no sé poh, fue terrible, fue terrible para mí.” (Olga, M1)

6.1.3. Dificultad para buscar ayuda profesional

Otro de los signos o características sintomáticas que nos podrían hacer pensar en un diagnóstico de EPT es el tiempo que ha transcurrido entre el evento y las consultas. Pero además parece ser que los consultantes no siempre tienen conciencia de que lo que les pasa tiene relación con la experiencia de catástrofe vivida, por lo que en ocasiones no se acercan a pedir ayuda, sino más bien llegan por otro tipo de demandas. Así dan cuenta los relatos por una

parte del profesional de Salud Mental, psicólogo, y de la matrona encargada del programa mujer y salud sexual y reproductiva.

“...recién 9 meses, un año, comenzaron algunas consultas de pacientes respecto al terremoto.” (Fernando IC)

“El tema del terremoto a los colegas y personalmente, no fue algo que se fue evidenciando como un síntoma como lo hace el cuerpo... son síntomas silenciosos, la gente no pide ayuda, la gente no dice necesito hablarlo.” (Fernando, IC)

“No sé si alguna la buscó directamente por el terremoto, yo diría que otros problemas personales tuvieron un peso mayor y por eso buscaron ayuda psicológica.” (Mónica, F2)

6.1.4. Escasa disponibilidad de acciones de reparación psicosocial

Por su parte, el abordaje de la catástrofe desde el Estado y otras instituciones u organizaciones han puesto el acento más bien en términos de reconstrucción material, pero no así psicosocial. No se reconocen por parte de los y las entrevistados/as acciones dirigidas a aminorar los efectos psicosociales de la catástrofe, ni en las fases previas, ni en la de reparación. Esto es percibido tanto por los funcionarios de salud, como por el grupo de mujeres

“En general no se ha hecho mucho.” (Fernando, IC, respecto a acciones realizadas para trabajar los efectos psicosociales del terremoto)

“Que yo sepa no. Algunas personas, muy pocas tuvieron alguna cosa psicológica porque la buscaron personalmente.” (Mónica, F2)

“No, nada, nada, solamente ese beneficio que dan... eh... cómo se llama ese que entrega el gobierno... subsidio familiar que son trece mil pesos, eso es todo lo que recibo, porque yo no pertenezco a Chile solidario, ni a otras cosas que hay, no, no pertenezco a nada, a nada de eso.” (Olga, M1)

“Si bien recibió Cobquecura, como zona costera de catástrofe mucha ayuda material, estaba esa sensación de que no se abordaba esa parte psicológica.” (Jeannette M2)

Por otra parte las escasas acciones que se han realizado, no han tenido continuidad en el tiempo, siendo incluso de corta duración lo que resulta poco pertinente para las características de duración que ha presentado la sintomatología asociada al terremoto, como da cuenta la percepción de una de las integrantes del grupo de mujeres.

“No es como en otras ciudades grandes que el terremoto fue y se olvidó, acá todavía se sigue viviendo todos los días y hay familias en campamento y todo entonces como que a nivel de comunidad se percibe todo eso como algo que no ha sanado, ha ido sanando para mí pero veo que mi entorno no se ha recuperado bien.” (Jeannette, M2)

“Al final soltar esa tristeza, esa sensación de que algo malo nos sucedió a todos, a todas las personas que vivimos acá en este pueblo, fue bastante más largo de lo que yo creía, pensaba que iba a ser más corto.” (Jeannette, M2)

Esto causa una doble frustración en las y los afectados, ya que además de vivenciar la catástrofe experimentan un sentimiento de abandono de parte de la sociedad y las instituciones, frente a lo cual estarían siendo objeto además de un fenómeno de victimización secundaria. Esto se vivencia en integrantes de ambos grupos.

“A los meses vinieron a hacer lo mismo que ahora, pero suave, pero después no volvieron más en realidad. Es que después que pasan las cosas, lamentablemente, se olvidan.” (Viviana, F1)

“Con mucha impotencia, por que se ofrecen muchas cosas y no se cumplen.” (Olga, M1)

Un hallazgo que llama la atención, es lo que plantea la matrona del CESFAM, respecto al aumento en la tasa de embarazo de mujeres con edades avanzadas para la reproductividad, es decir, rodeando los 40 años. Esto podría deberse a diferentes variables, como la poca disponibilidad de anticonceptivos, dadas las condiciones de caos social y organizacional, sin embargo ella lo plantea como una conducta para satisfacer necesidades afectivas, por una parte, para vivenciar la sensación de recomenzar y alude por otra al equilibrio vital natural. Sin embargo es interesante pesquisar que existe literatura que describe este fenómeno, la cual será profundizada en el apartado de discusiones.

“Muchos embarazos de edades avanzadas, la gran mayoría de las mujeres tenían hasta 44 años, lo que no es común y había muy pocas jóvenes. Después de todo ese montón por decirlo así, volvimos a lo que podría ser lo habitual, donde aparecieron muchas adolescentes, mujeres de edad esperables para un embarazo, pero el primer tiempo fueron mujeres mayores.”

“...No sé, pero me imagino que el haber visto durante este terremoto la posibilidad de perder a los seres queridos, tal vez asegurar cariño para el futuro, probablemente teniendo más familia.”

“Teniendo más hijos, empezando de nuevo también con hijos, muchos de esos embarazos no fueron buscados, pero algunos sí y los no buscados tal vez tiene que ver con lo que hace la naturaleza cuando hay una tragedia, la naturaleza busca equilibrar, entonces como equilibra hace llegar más seres vivos, nuevos.” (Mónica, F2)

6.2. Necesidad vigente de acciones de reparación para grupos específicos como Funcionarios de Salud

Si bien el acontecimiento del 27-F paralizó prácticamente a todo el país, hubo necesariamente instituciones, sobre todo locales, que tuvieron que actuar aunque fuese de manera improvisada para contener los estragos causados por esta catástrofe. En la localidad de Cobquecura una de estas instituciones fue justamente el servicio local de atención primaria en salud o CESFAM. Esta experiencia, sin duda, extrema en cuanto a sus roles profesionales, marca un antes y un después en

términos de equipos de trabajo y también en lo personal, como se describirá más adelante. A dos años de la catástrofe, el espacio de la intervención con teatro espontáneo ha sido casi el único en el que como equipo de trabajo han podido conversar de lo que fue esa vivencia, en donde se evidencia la necesidad de hacerlo y lo beneficioso que fue para ellos.

6.2.1 Responsabilidad desde el rol profesional v/s postergación de necesidades personales post catástrofe.

A pesar de que como funcionarios públicos, ellos siguieron ejerciendo sus labores en condiciones muy precarias, para muchos fue casi un deber moral asistir a sus puestos de trabajo inmediatamente transcurrida la catástrofe, postergando incluso los estragos personales y/o familiares que el evento trajo consigo.

Los y las profesionales de este establecimiento manifiestan que fueron las únicas instituciones que mantuvieron su funcionamiento inmediatamente transcurrida la catástrofe.

“Salud fue lo único que quedó funcionando durante el terremoto, o sea no había bomberos ni carabineros, pero salud estaba ahí.” (Fernando, IC)

“Eso pasó el fin de semana y el lunes yo empecé a trabajar como todos los días.” (Viviana, F1)

6.2.2. Inexistencia de espacios de contención y autocuidado para profesionales de la Salud

En este contexto, llama aún más la atención que estos grupos específicos, en este caso los funcionarios de salud, que cumplieron un rol fundamental en el cuidado y contención de la población en general, tampoco contaron por parte de la planificación central con acciones de contingencia que contemplaran espacios de autocuidado para ellos. Esto generó que sus propias vivencias de la catástrofe quedaran a la deriva y no se abordaran las temáticas y dinámicas que emergieron al interior de los equipos, gatilladas por la catástrofe.

“Un trabajo con la gente de acá profundo y tan así como que vamos a hablar del trauma del terremoto y de elaboración del trauma, no tengo conciencia que se haya hecho.” (Fernando, IC)

“Así como tal, como hagamos una reconstrucción de este grupo, yo no he visto, en este tiempo.” (Mónica, F2)

6.2.3. Dificultad de emprender acciones de reparación intragrupal en el equipo de salud.

En este grupo tampoco se generaron acciones de auto cuidado que surgieran de forma espontánea por parte del equipo, sino más bien hubo una polarización de la grupalidad, por un lado, y por otro una actitud evitativa respecto de trabajar con la experiencia del terremoto.

“Todos estaban preocupados por afuera y entre los propios colegas no hubo ese cuidado.” (Fernando IC)

“Entre los colegas hubo un silencio, un mutismo, cada uno estaba preocupado de su propias familias también y por otro lado estaba lo otro, surgieron estos héroes espontáneos arriesgando incluso la seguridad propia.” (Fernando IC)

“Como que el ojo estuvo para a fuera. Y a través del tiempo ese ojo se fue quedando a fuera y poco hacia adentro, tal vez también porque había una sensibilidad mayor, no sé, como una cosa media evitativa.” (Fernando IC)

“Yo creo que a muchos no les pasó nada, entonces como a ellos no les pasó nada, como que les da lo mismo, les resbala las cosas del terremoto, la situación en sí.” (Viviana, F1)

“Hacer cosas que te hicieran pensar lo menos posible en el terremoto.” (Viviana F1)

Incluso el profesional de salud mental de este CESFAM manifiesta que le es dificultoso emprender acciones de apoyo intragrupal, ya que existiría ciertas resistencias grupales frente a trabajar sus temáticas y que es mucho más facilitador hacerlo con profesionales externos. Este hallazgo también llama la atención, en cuanto a que otras investigaciones también hablan de este fenómeno, lo cual se profundizará en el apartado de discusiones.

“No lo puedo aplicar acá porque es distinto cuando llega gente de afuera a aplicarlo.” (Fernando)

6.2.4. Sintomatología como equipos de trabajo

En este grupo en particular, debido probablemente a que además conforman un equipo de trabajo, con relaciones mucho más complejas y cotidianas, se evidencian además malestares que, si bien traspasan la temporalidad de la catástrofe, en contextos como éstos se ven claramente acentuados y constituyen factores de riesgo en términos del equilibrio y el funcionamiento como equipo.

Algunos de los aspectos mencionados se relacionan con el abandono que sienten como equipo de trabajo en términos de auto cuidado. La demanda laboral no deja tiempos ni espacios para las necesidades que, como equipos humanos, se presentan en la cotidianidad de sus funciones ni en momentos críticos como el que se ha vivido tras la catástrofe.

“Nosotros aquí estamos como un barco a la deriva, nos estamos como hundiendo, como funcionarios, como equipo.” (Viviana, F1)

“Yo me hallo feliz porque salí del box hoy día, nosotros no salimos del box con la doctora, no nos queda tiempo, vamos corriendo al baño y es lo único que hacemos...no hay tiempo, lo único que tenemos que hacer es trabajar, cumplir metas, cumplir muchas cosas, entonces no hay tiempo de compartimiento y eso nos hace mucha falta.” (Viviana, F1)

“...empiezan a aparecer distintas figuras que no han sido resueltas, que siempre se hablan pero nunca se hace nada.” (Fernando, IC)

Por otra parte, si bien se reconoce un aspecto que a nivel organizacional ha generado siempre dificultades es el de las tensiones a nivel de las interrelaciones, los y las entrevistados/as logran percibir que este se ha visto claramente acentuado luego de la vivencia de la catástrofe.

“El tema organizacional, de las relaciones humanas que es un tema eterno acá.” (Fernando, IC)

“Ese mal estar, esa tensión en los colegas, generalizada.” (Fernando, IC)

“Yo diría que se agudizaron otras cosas, en el sentido de las relaciones con las personas, con los pares, con los compañeros de trabajo, tal vez aparecieron algunas desconfianzas.” (Mónica, F2)

Ligado a lo anterior y como consecuencia también de la inexistencia de espacios que releven el significado de conformar equipos de trabajo, en los cuales tanto el aspecto laboral, como personal y humano necesariamente debe ser revisado constantemente y de manera conjunta, es que el funcionamiento de estos comienza verse afectado en cuanto a la sinergia que se genera. Esto conlleva a que la percepción que los y las funcionarias tienen de su trabajo es más bien como un grupo de personas que funcionan de forma disgregada, poco coordinada y con desconfianzas internas. Es por esto que otra de las temáticas que aparece se relaciona justamente con la necesidad de espacios que contribuyan al desarrollo de habilidades para el trabajo en equipo.

“Todos opinamos y opinamos lo mismo, lo malo que estamos, lo que nos falta, que tenemos muy poco tiempo como para la comunicación, estar juntos... Yo creo que más convivencia, más trabajo en equipo... nos hace falta apoyo en ese aspecto, para tratar de unirnos y trabajar más en equipo.” (Viviana, F1)

“Aquí deberíamos estar incluidos mucha gente, desde nuestros jefes, hasta mucha gente, porque esto nos sirve a todos no a un par de personas y si tenemos que cambiar, tenemos que cambiar todos.” (Viviana, F1)

“Yo diría que revivir las confianzas con la gente que trabaja con uno, reconocer... reconocer las cosas buenas que tienen los otros.... hay confianzas que hay que volver a recuperar.” (Mónica, F2)

Desde este contexto, es que la propuesta metodológica que se plantea, propone ser una forma adecuada de trabajar la reparación para los diversos grupos poblacionales, siendo una muestra de su aplicabilidad y su adaptabilidad, el poder con mujeres con diagnóstico depresión usuarias del CESFAM y además con profesionales de Salud.

6.3. Elementos percibidos como reparadores desde la vivencia de la función con la metodología de Teatro Espontáneo

Esta categoría se refiere a ciertos aspectos que son propios de un setting y vínculo terapéutico y que son percibidos así por los y las entrevistados/as, de cada uno de los grupos.

6.3.1. Equipo de trabajo percibido como agentes terapéuticos

Si bien para los y las participantes de las funciones, la metodología era poco conocida, el setting de trabajo les pareció muy adecuado y les permitió entrar fácilmente en la dinámica propuesta y expresar sus contenidos latentes.

“La metodología usada yo lo evaluó con una nota máxima, te lo digo desde el punto de vista de que yo también he vivido situaciones terapéuticas.” (Fernando, IC)

“Estuvo muy bien planteada la forma de trabajo, creo que fue delicada, creo que fue muy preocupada sabiendo que era complicado el tema, ni siquiera nosotros mismos sabíamos que era tan delicado hablarlo.” (Fernando IC)

“Me entregué y me entregué por completo y lo disfruté a concho.” (Fernando IC)

*“Toda, yo diría que toda, descartar nada, ni los chistes del Alex.”
(Viviana F1, en relación a qué aspectos considera que fueron
beneficiosos de la experiencia)*

*“Me sentí súper bien, súper bien, era como si le estuviera hablando a
mi psicóloga, fue una cosa bonita, muy bonita.” (Olga, M1)*

Desde una primera mirada, es posible pensar que la metodología ha sido bien acogida y valorada por los y las participantes de ambos grupos. Sin embargo no es suficiente para demostrar que esta pueda tener resultados reparadores sobre quienes participan de la experiencia. Es por esto que la investigación también busca conocer en qué aspectos esta metodología puede resultar reparadora para quienes participan de una función de Teatro Espontáneo.

En primera instancia se mencionarán los *aspectos facilitadores del setting* que propone la metodología. Paralelamente, en el análisis, se irá describiendo la experiencia de los y las participantes.

6.3.2. Percepción de espacio como contenedor y generador de confianza

Según los relatos de los y las participantes de ambos grupos, la actividad representó para ellos un *espacio contenedor y de cuidado que les generaba confianza*. Así por ejemplo, a pesar de que la temática abordada estaba asociada a múltiples sentimientos de tristeza y dolor, los y las participantes verbalizan estados de bienestar al revivirlos en el contexto de la función. Otra participante manifiesta cómo este encuadre facilitó su expresión a pesar de ser un tema complejo para ella en su cotidianidad

“Fue bonito, acogedor, alegre, triste pero bien, bien.” (Viviana, F1)

*“Me quedo porque, sé que voy a sufrir, sé que todo, pero no sé,
me dieron mucha confianza.” (Olga M1)*

*“Se ve como una, como una evolución de la dinámica, a través de la
persona que guía, ya sea la meditación, la caminata, las distintas*

dinámicas que se hicieron, y que trasmite esa confianza de que la persona la está escuchando y está siendo clara en el mensaje que entrega.” (Jeannette M2)

“El teatro espontáneo permite esa como complicidad y esa seguridad de que es algo bastante íntimo, por eso creo que tiene buena acogida, porque da esa confianza.” (JeannetteM2)

“Me sentí como con la decisión que tenía que... muestro o no muestro, ya muestro, es complicado, para mi es complicado.” (Mónica F2)

El contar con este espacio contenedor, en donde se sintieran escuchadas y escuchados fue significativo para las y los participantes facilitándoles el hablar de lo que habían vivido y de lo que aún les pasa con eso.

6.3.3. Escucha Terapéutica

Por otra parte, esta característica del *setting grupal*, en donde el grupo funciona como contenedor y caja de resonancia de la experiencia de sus miembros, resulta altamente reparador y gratificante, dado que releva el significado de cada una de las múltiples experiencias. Cada relato es importante y merece ser escuchado. Para los y las participantes es importante sentirse escuchados/as, valorados/as y acompañados/as. Podríamos deducir entonces que este encuadre favorece una escucha terapéutica que es percibido por las y los participantes como una escucha íntima, ética y de resguardo.

“Terminar un poco con ese temor a sentirse descubierto, porque como que la gente dice: No quiero contar lo que me pasa, porque... como que temor a que se divulgue.” (Jeannette M2)

“Me sentí escuchada y sé que me escuchaban con respeto, con cariño y con mucha atención... me sentí que estaban atentas a mí, que estaban conmigo, que yo no estaba sola.” (Olga M1)

“Me sentí súper bien, súper bien, era como si le estuviera hablando a mi psicóloga, fue una cosa bonita, muy bonita.” (Olga M1)

“Yo siento que se sintieron protegidos por el grupo. Y eso, básicamente, el sentirse parte de, el sentirse que no estaban solos.” (Mónica F2)

6.3.4. Equipo de trabajo percibido como agentes terapéuticos

Este encuadre terapéutico está dado por una multiplicidad de variables que se conjugan. Una de estas variables se relaciona con la preparación de la compañía, desde su vestimenta hasta el entrenamiento en las habilidades necesarias para esta metodología;

“Verlos a ustedes que eran unas personas eh... cómo se puede decir, muy agradables comunicativas, como que nos dieron y me dieron mucha confianza, como para poder hablar, porque hubiese sido delante de otras personas, no lo hago...desde el momento que los vi, fue como...”Ah sí... si, puedo hablar.” (Olga M1)

“Tener esa preparación y habilidad para controlar en primer lugar la tonalidad, y mantener la serenidad para cuando se altera la emocionalidad de las personas y como eso, como tener el temple para mantener un hilo conductor de la dinámica y que nada lo corte, o sea, si alguien llora, si alguien... si pasa algo que no estaba como muy previsto, no perder esa facultad de control.” (Jeannette M2)

“Creo que es súper importante la guía, o si no se podría como desbandar el grupo en cualquier momento.” (Jeannette M2)

“Se dio a través de la propia capacidad de ustedes, se abrió la gente. Desde ustedes, las miradas, las voces, la ropa con que llegaron, todo influyó en que la gente hablara.” (Fernando IC)

6.4. Elementos percibidos como reparadores desde la estructura metodológica propia del Teatro Espontáneo

El encuadre terapéutico descrito en los párrafos anteriores está íntimamente relacionado con la estructura metodológica propia del Teatro Espontáneo, sus fases, los elementos que utiliza, sus ritos, la presencia del grupo etc.

Dentro de las características propias de la *estructura metodológica* que resultan beneficiosas y que aportan elementos reparadores, se describirán aquellas que emergen en los relatos de los y las participantes.

6.4.1. Utilización del trabajo con el cuerpo

Uno de los aspectos que emergen se relaciona con los *beneficios* de utilizar el cuerpo en movimiento y el contacto físico. Este elemento es una de las herramientas fundamentales del teatro espontáneo, sobre todo en la primera fase de caldeamiento, con el objetivo de facilitar las confianzas, la cohesión del grupo y la disposición a la expresión de sus temáticas.

“Es el inicio de la confianza para poder después expresar lo que quiere o lo que a lo mejor no quiere decir.” (Jeannette M2)

“El ejercicio en que nos mirábamos a los ojos, el ejercicio en que tocábamos los cuerpos de nuestros compañeros y ellos nos tocaban, sanadores. El estar tomados tanto rato de las manos, eso, sobre todo eso, e l recoger un poco el contacto, el contacto físico, con alguien que a lo mejor no se mira nunca con otro y al pasar.” (Mónica F2)

Una de las características percibidas por los y las participantes es que el mover el cuerpo permite que se abran las emociones. Para ellos fue tremendamente facilitadora esta herramienta para conectarse y expresar sus emociones.

“Eso fue lo que pasó hoy día, al principio como ustedes saben una cosa bien cerrada que después se fue abriendo y al cuerpo hay que moverlo para que se abran las emociones.” (Fernando IC)

“El trabajo con el cuerpo, si tu logras pasar la barrera de la timidez y del tacto y de como el pudor que tiene el cuerpo. Cuando pasa eso, se pasa esa barrera, estoy en un plano ya completamente dispuesto a trabajar con las emocionalidades.” (Fernando IC)

“...el movimiento siempre va a generar una energía de apertura, porque las conferencias, las charlas, las personas están en una silla sentadas y generalmente con los brazos cruzados, con las manos apretadas, sin querer hablar, que ojala no lo miren, que no le pidan su opinión, entonces esto de interactuar, de estar caminando, de estar tocándose, de mirarse a la cara.” (Jeannette M2)

Así también fue liberador sentirse participando tanto desde el cuerpo, como desde las emociones. Despertar la conciencia de que somos más que ideas y verbo; de que nuestro cuerpo también tiene memoria y lenguaje y que comunica aspectos que en ocasiones hasta para uno mismo están veladas.

En el grupo de funcionarios de salud, los relatos dan cuenta de que fue significativo para ellos y ellas tomar conciencia del cuerpo propio y del de los demás. Esto porque el contactarse físicamente con sus compañeros es una forma de relación poco habitual, por lo tanto esta posibilidad fue sentida como una forma de generar mayor profundidad en las interrelaciones, además de lograr comunicarse desde lugares y espacios psíquicos poco conocidos entre ellos.

“Estar en, cómo le explico, de piel a piel, eso de tomarse las manos al hacer los ejercicios es diferente, es más activo, más llenador y más estar en contacto con sus colegas, o sea muy rico, enriquecedor.” (Viviana F1)

“Eso es lo que es enriquecedor, lo que yo le decía, y eso no estamos acostumbrados a verlo acá, es la primera vez que lo hacemos...En el sentido del contacto, o de echar el chiste, la talla, o de decirte algo al oído.” (Viviana F1)

“Yo los miraba y veía que eso era bueno y después se sentían más en confianza. Hubo gente, que no te podría identificar, pero que hizo

y dijo cosas que yo no me hubiera imaginado, o sea, que no tiene nada que ver con su aspecto diario, con su forma diaria de comunicación.” (Mónica F2)

“Eso, caminar, hacer ejercicios físicos, un poco suelta eso que no estamos acostumbrados a hacer a diario.” (Mónica F2)

Otro aspecto importante señalado por los y las participantes de ambos grupos, en relación con la utilización del cuerpo, fue el poder abordar una temática compleja, como lo es las pérdidas y traumas asociados a la experiencia de catástrofe, a través del juego dramático. El contacto físico que utiliza el juego dramático se presta de manera adecuada para trabajar estos contenidos de una manera lúdica y tangencial, pero no por eso menos profunda.

“En términos de la corporalidad está muy bien utilizada porque te evita, focalizarte por ejemplo ¿cómo hablar del terremoto con la gente? Y de hecho era el tema que yo me preguntaba, cómo van a hacer la parte reparatoria del terremoto?” (Fernando IC)

“Cuando ellos hacían estatuas, cuando se tocaban y lo hacían con tal respeto, que la gente lo podía integrar rápidamente.” (Viviana F1)

“Sí, se reflejaba claramente lo que ellas querían expresar, que a lo mejor cuesta un poco en palabras, se veía en el teatro espontáneo cómo claramente y eso me emocionó mucho.” (Jeannette M2)

A través del cuerpo en movimiento y en contacto, se pueden transmitir estados emocionales muy profundos así como también experimentar y comprender lo que los demás están sintiendo y quieren expresar. La metáfora corporal genera un efecto reparador que pasa por sentirse comprendido e identificado. Desde la mirada del profesional de Salud Mental del CESFAM, este efecto se vio reflejado en los diferentes grupos con los que se trabajó.

“Lo que hicieron después tiene nota máxima, que era agarrar la misma corporalidad, incluso las mismas emociones transformarlas.” (Fernando IC)

“Ustedes son unos lectores del cuerpo entonces eso es la identificación que la gente siente con ustedes es lo que yo te decía denantes que es muy terapéutico.” (Fernando IC)

“Se sienten como si ellos hubiesen hablado eso con el cuerpo y no, son ustedes los que les han hablado con el cuerpo, pero ellos se sienten identificados.” (Fernando IC)

6.4.2. Participación activa y vivencial

Ligado a la utilización del movimiento y el contacto físico, la participación activa es otro aspecto que aparece como muy significativo y resulta altamente motivante para los y las participantes, señalando que el componente vivencial de la metodología genera mayor involucramiento que otras formas de trabajos.

“Lo que sucedió acá fue que ustedes los llevaron a jugar un poco más, a una cuestión de activarse en vez de dormirse, fue mencionado por los mismos participantes,...fue una participación activa.” (Fernando IC)

“Esto fue como participativo, ... es más activo, más llenador y más estar en contacto con sus colegas, o sea muy rico, enriquecedor.” (Viviana F1)

“Soy parte de la vivencia, no soy un espectador viendo un teatro de allá lejos sino que me están considerando.” (Jeannette M2)

Los y las entrevistados señalan incluso que esta forma de trabajo sería más adecuada y motivadora en comparación con otras formas de experiencias terapéuticas o de capacitación vividas por ellos, manifestando que este aspecto metodológico permite construir desde la reflexión a partir de sus propias experiencias y no ser meramente depositarios de teorías que aparecen como ajenas a sus vivencias.

“Yo creo que esos como talleres en que pasan videos... yo creo que no es tan llenador, porque como decían las colegas, uno se queda dormida.” (Viviana F1)

“Cambia todo es vivencial y superior a lo teórico en este caso.” (Fernando IC)

“Esas técnicas despiertan la emocionalidad y evitan la racionalidad, entonces vas a trabajar 3 o 2 horas y media con un grupo y van a llegar a un resultado diez veces más profundo que en una cátedra, así de simple.” (Fernando IC)

“Una evolución más concreta en definitiva, creo que es más visible que la otra alternativa de hacer otra disciplina, hacer yoga u otro tipo de cosas que permiten también la relajación.” (Jeannette M2)

“Normalmente cuando se hacen pseudo talleres, siempre se utiliza esto de sentémonos en una micro, ... y se muestra algo en la pantalla y alguien habla y si hay preguntas siempre son muy pocas, son cosas básicamente teóricas las que se preguntan, pero no sale nada, nos vamos con un poco de conocimiento que podríamos adquirir en cualquier libro, y no necesitamos ir a sentarnos allá.... Esa es mi diferencia, bueno y un taller es así, haciendo.” (Mónica F2)

La metodología posibilita el involucramiento completo de quienes participan, ofreciéndoles además espacios diferenciados de participación según sus necesidades, intereses y disposiciones. Así en los diversos grupos resultó altamente estimulante el poder participar tanto de las escenas, como de la música o desde el lugar de la audiencia.

“Lúdicamente, participa la gente, la gente tocó instrumentos, paciente partícipe de la actuación,” (Fernando IC)

“El público o los destinatarios de este tipo de actividades ya no pasa a ser una audiencia, sino que pasan a ser activos participantes ya sea actuando, o ya sea colaborando con alguna parte, incluso desde

la música, eso es sentirse completamente atento a lo que está diciendo uno, lo que dice otro, estás participando.” (Fernando IC)

“Bien , súper bien porque sentía que faltaba desde mi, estaba muy atenta a todo lo que se decía, pero faltaba decir algo que yo quería decir poh, cómo alguien va a adivinar lo que yo estaba pensando, entonces fue bueno, fue bueno poder transmitirlo y ojalá que a la compañera le haya hecho sentido también.” (Jeannette M2, en relación a participar desde la escena de otra compañera)

Un elemento importante de la *participación activa* y que resulta llamativo para los y las participantes del grupo de funcionarios de salud, es el efecto integrador que se genera y que durante la función, al menos, los hace sentirse parte de un todo que comparte los mismos significados, desde diferentes puntos de vista, pero que muestra una coherencia vivencial entre ellos. Esto se plasma en la importancia que reviste que todos se tomen el espacio para expresar sus opiniones y sensaciones.

“Hablaron todas las persona, hasta los mañosos y los no mañosos y todos hablaron y no hablaron poco, hablaron hartos...” (Fernando IC)

“Y lo otro que fue bonito y todo, que todos opinamos y opinamos lo mismo.” (Viviana F1)

“Si bien nadie dijo: “no, no es así”, que también requería escoger un bando... hubo silencio, y hubo caras que dijeron: “está bien, si, no lo puedo negar” y me pareció, no sé, creo que era un pequeño logro.” (Mónica F2)

6.4.3. Posibilidad de identificarse con la experiencia

El hecho de que la participación activa otorgue una coherencia vivencial genera otro de los elementos metodológicos que presenta el teatro espontáneo y que muestra tener efectos reparadores. Este es la posibilidad de identificación, es decir, que quienes participan de la experiencia, vean reflejados sus significados personales y/o colectivos. Esta identificación ocurre porque los contenidos que en la función

aparecen, surgen a partir de los emergentes grupales, por tanto están teñidos de la emocionalidad del grupo, sus creencias, valores y por supuesto sus acontecimientos. Muchas veces estos contenidos no son evidentes en la cotidianidad, pero en este contexto se expresan con fuerza y colectivamente.

“Eso es mi calificación máxima, ustedes están haciendo que la gente se identifique... ustedes están ahí con algo que va más allá tal vez con lo que ellos traían.” (Fernando IC)

“Estuvieron todos, todos presentes, todos mis dolores, mis tristezas, mis angustias, todas estuvieron hoy día.” (Olga M1)

“Ustedes no conocían la realidad de acá, estaban sacando sólo de lo que nosotros les entregábamos, pero en general sí, fueron bastante fidedignas.” (Mónica F2)

Una de las entrevistadas señala un aspecto muy importante al que da lugar el fenómeno de la identificación y que se relaciona con la posibilidad de que un relato individual pase a ser percibido como colectivo. Esto es uno de los fenómenos más reparadores que ocurren en el contexto de las terapias de grupo.

“Porque se veían representados, porque esa cosa que les estaba pasando el verla, el que alguien pudiese salir a mostrarla, como un ejemplo no propio solamente, sino como un ejemplo común, y a fin de cuenta había reacciones, había caras, había sonrisas, había miradas, había un compartir, “ah, a este que está aquí le pasa algo parecido, le pasa lo mismo y eso siempre es una realidad sanadora, por lo que yo te decía antes, por la protección que te da la socialización de lo que te pasa y saber que pasa, que a lo mejor puede que no haya ninguna cosa que no le haya pasado a otro y a otra, o que no le vaya a pasar, eso.” (Mónica F2)

La identificación se genera a partir de diversas fuentes de estímulo, como lo es el lenguaje corporal, emocional, las narraciones de los demás compañeros y las resonancias del grupo en general. Esto es resaltado por el profesional de salud mental del CESFAM.

*“Están planteando la emocionalidad de lo que se está diciendo.”
(Fernando IC)*

“Ustedes son unos lectores del cuerpo entonces eso es la identificación que la gente siente con ustedes es lo que yo te decía denantes que es muy terapéutico.” (Fernando IC)

“Se sienten como si ellos hubiesen hablado eso con el cuerpo y no, son ustedes los que les han hablado con el cuerpo, pero ellos se sienten identificados.” (Fernando IC)

Por otra parte los relatos dan cuenta de la facultad o capacidad de transformación que resulta de esta identificación con la realidad del “como sí”, es decir, no es exactamente lo que sucedió en un momento o lugar específico y que es narrado por los participantes, si no que es una nueva versión de esta situación, una versión libre y espontánea. En muchas ocasiones esta nueva realidad logra transformar de forma adecuada o más funcional la situación narrada lo cual genera efectos a nivel emocional que son reparadores para quien lo experimenta. Así el ver la propia historia en esta nueva versión puede aportar elementos de los cuales no se tenía conciencia. En relación a esto se refiere el psicólogo de CESFAM Cobquecura:

“Ustedes logran identificarse entonces logran convertirse en cualquier cosa que ustedes logran percibir, entonces esa es una capacidad que tiene ustedes de adueñarse, de transformar lo que la gente está sintiendo.” (Fernando IC)

“Es que ellos se pudieran ver reflejados en las situaciones de ustedes y reparados en las actuaciones.” (Fernando IC)

“Eso es lo que tiene la actuación, se puede comunicar al inconsciente de las personas, un engaño, una trampita, así como “se arregló”, aunque sea actuando, pero se arregló, entonces provoca.” (Fernando IC)

Así mismo, una de las integrantes del grupo de mujeres con diagnóstico de depresión señala:

“Para mí no soy esa, no soy esa, esa de hacer ruido con los zapatos, andar bien peinada o maquillarme o andar con buena ropa, no yo no soy esa.” (Olga, En relación a su doble en escena.)

Si bien se podría hablar en el sentido en que ella expone su vivencia de una identificación negativa, el ver su propia imagen en escena pero desde una propuesta diferente, abre otras posibilidades de acción, ampliando su repertorio de roles o de formas de jugar un rol.

Esta identificación, en términos de intervención psicomunitaria, resulta además efectiva para realizar diagnósticos a nivel de funcionamiento grupal como equipos de trabajo, como da cuenta el profesional de salud mental del CESFAM de Cobquecura. Según su parecer, durante la función se logró trabajar temáticas grupales que dan cuenta de la situación organizacional por la que atraviesa el equipo de funcionarios de Salud y de las dinámicas interrelacionales que se dan al interior del grupo. Este diagnóstico, no sólo refleja las debilidades o carencias grupales, si no que al mismo tiempo los hace conscientes de sus propios recursos grupales y de los factores protectores y reparadores con los que cuentan como grupalidad.

“Hacer ese diagnóstico que ustedes hicieron hoy se podría haber demorado 6 meses al hacerlo una persona y resulta que en una sesión a nivel vivencial se hizo en media hora.” (Fernando IC)

“En media hora ustedes hicieron un diagnóstico organizacional y estaban todos los estamentos que trabajan acá en salud.” (Fernando IC)

Así también el ver representada sus propias realidades se constituye en un elemento generador de confianza, que facilita la expresión de la colectividad pero que al mismo tiempo estrecha y profundiza las relaciones intragrupales estableciéndose aprendizajes concretos y significativos, que resultan de sus propias experiencias y que además se evidencian como experiencias comunes.

*“Se sintieron en confianza, lo vieron como más real, no irreal.”
(Viviana, F1)*

“Se sintieron parte de y sintieron que al menos algunas cosas las podían decir.” (Mónica F2)

“Esto nos ayuda a enriquecernos como familia, a estar unidos y lo más importante, a verse.” (Viviana F1)

“Abrir esa posibilidad de conocer a la gente, a veces uno tiene prejuicios muy absurdos con la gente.” (Jeannette M2)

6.4.4. La Escena Teatral como espacio de intervención terapéutica

Como elemento central de la metodología, la utilización de la escena teatral es el espacio terapéutico que ofrece las máximas posibilidades de intervención. Esto porque cada uno de los participantes de la función cumple el rol de agente terapéutico, pudiendo intervenir en este espacio escénico ya sea como actor (yo auxiliar) dentro de la misma o desde la audiencia, como caja de resonancia y, por supuesto, desde la propia dirección. De esta manera se generan diversos movimientos tanto en quien comparte su escena, como entre quienes participan como audiencia.

Para las y los participantes, el ver sus historias y relatos llevados a escena genera en primer lugar un impacto movilizador a nivel emocional. Como ya se mencionó el efecto de identificación promueve un involucramiento con la actividad en diversos registros, provocando movimientos a nivel sensorial, corporal, emocional, ideológico – racional y en el campo de las interrelaciones.

*“Lo más importante e impactante para los colegas fue la manera de como lo trabajaron a través de la actuación y cómo ellos se vieron reflejados, ellos y también la situación de ellos en estas actuaciones.”
(Fernando IC)*

“Entrar a la escena... como muy duro, muy penoso, entrar como a mi vida, como ver lo que representaban y yo entrar ahí, fue como en realidad así es, así es mi vida, triste.” (Olga M1)

“Fue como fuerte, como demasiado fuerte y como que ya mi corazón ya no daba más, estaba colapsada total, entonces ya por eso me vino el desvanecimiento y supuestamente me desmayé.” (Olga M1, en relación a su escena y las intervenciones que se generan)

“Mucho dolor, mucha tristeza y después cuando ustedes lo representaron, fue pero... ya colapsé.” (Olga M1)

“Como que se me ponía un nudo en la garganta, pero tampoco quería llorar. Principalmente esa fue la sensación, de emoción.” (Jeannette M2)

En este último aspecto, el de las interrelaciones, la escena teatral brinda la posibilidad de explorar en el “como sí” la configuración de la trama interrelacional de cada uno de los protagonistas con su entorno, dando lugar, como se mencionó, a que tanto el director, como la compañía de actores e incluso el mismo grupo que actúa como audiencia, generen acciones que puedan resultar en intervenciones reestructuradoras y por ende terapéuticas, esto al enlazar a los personajes o elementos significativos que el narrador pone en escena.

“Todo lo que siento, todo mi dolor, como que cada uno que me hablaba, era realmente como la persona que era... mis hijos, mi nieto no habla tan claro, pero igual era como que él me estuviese hablando.” (Olga)

“Cuando estaban actuando de los personajes, estaban haciendo los personajes de mi familia, eso fue lo más... lo más impresionante para mí fue eso.” (Olga)

“Me representaron muy bien, muy bien, los personajes que hicieron, lo hicieron realmente bien, porque mis hijos realmente son así... representaron muy bien todo lo que es mi alrededor.” (Olga)

“Sé que se sintieron más cercanos, cuando a las tres personas que disparábamos para otro lado nos pusieron al medio, de diferentes maneras, pero era y todos se acercaron como una forma de protección. Hubo gente que recibió esta protección, que sintió, sintió esto, no me refiero a todos los que lloraron un poquito, pero a algunos de ellos sí, otros no lloraron, pero tomaron manos, mis manos fueron tomadas no sé por quién, y no quise mirar, era mejor así, no quise saber quién era.” (Mónica F2 en relación a una escena)

“En la representación era distinto, porque era como se podía asociar con rasgos de la... por ejemplo cuando hablaban de los familiares, se podía asociar desde mi punto de vista, con mi propia familia, y eso como que me emocionaba, porque pasa mucho que contamos con un entorno que a veces no lo vemos, contamos con personas que nos rodean y que nosotros no las estamos percibiendo.” (Jeannette M2)

Otra dimensión terapéutica que brinda la utilización de la escena como metáfora es que logra pesquisar diversos ámbitos de la experiencia que es narrada por los participantes, generando nuevas y múltiples lecturas de un mismo episodio y, por ende, nuevas comprensiones y significados. Estos luego son trabajados y elaborados con los recursos del propio grupo.

“Ellos explican algo, con mucha dificultad haciendo el esfuerzo por tratar de ser claros, y ustedes que hacen, hacen una escena que puede que sea muy cercana o muy lejana con respecto al contenido de la escena, pero están planteando la emocionalidad de lo que se está diciendo.” (Fernando IC)

“Me sentí bien, me sentí muy bien, encontré que a mis compañeras por ejemplo las representaron súper bien y el mío fue lo máximo, lo máximo.” (Olga M1)

“Como tal me parece súper gráfico, y lo dije ahí también, súper fácil de mostrar y no era difícil de entender, yo vi claramente lo que a mí me pareció que querían mostrar.” (Mónica F2)

“Me parece muy bueno, pero le faltó la discusión, o sea, el que entendió la escena y como la entendió se la guardó. Habían cosas ahí fuertes, buenas, a mi me gustó mucho la escena, por ejemplo, en que venía uno muy cargado y el otro no...” (Mónica F2)

Por otra parte, el espacio escénico brinda un escenario apto para el ensayo de múltiples alternativas de resolución de los conflictos planteados por el grupo. El poder entrar a la escena y probar otras formas de enfrentar las situaciones planteadas, así como contemplar desde el lugar de la audiencia las diferentes alternativas de acción propuestas ya sea por la compañía o por los demás miembros del grupo, brinda la posibilidad de generar nuevos aprendizajes conductuales para ser aplicados luego en el espacio de la realidad tanto individual como colectiva. Este aspecto es enfatizado como recurso terapéutico por el profesional de salud mental del CESFAM.

“Eso es lo que tiene la actuación, se puede comunicar al inconsciente de las personas, un engaño, una trampa, así como “se arregló”, aunque sea actuando, pero se arregló, entonces provoca.” (Fernando IC)

“Es que ellos se pudieran ver reflejados en las situaciones de ustedes y reparados en las actuaciones.” (Fernando IC)

“Este arreglo que todavía no hemos podido lograr acá, pero que ustedes con las actuaciones lo pueden hacer en dos segundos, eso es completamente reparador y terapéutico para ellos.” (Fernando IC)

“El teatro siempre va a generar la misma apertura en la gente, y el mismo efecto de verse reflejados, y va a permitir hacer ese análisis de “realmente quiero verme así o quiero verme mejor?” (Jeannette M2)

“Aparecieron dos de ustedes donde se equilibraron las cargas y es hizo que fuera muy notorio para quienes la llevaban, que era más fácil, que era menos pesado y que podían llevarla mucho mejor.” (Mónica F2)

Otro factor facilitador de la utilización de escenas y personajes es que es una forma de trabajo que resulta llamativa, al ser poco conocida. Si bien podría pensarse que los y las participantes podrían inhibirse o sentirse expuestos en sus dramas personales, la verdad es que si se logra trabajar con el grupo de manera adecuada en la fase de caldeamiento, las resistencias desaparecen, generándose un ambiente lúdico y de confianza.

“Excelente, yo lo encuentro como dicen los lolos bakan, porque es novedoso, encuentro que es súper entretenido.” (Viviana F1, en relación a la utilización de escenas)

Así mismo la utilización de personajes, resulta una herramienta protectora para la identidad e intimidad de cada participante, pero que a la vez devela la dinámica psíquica de quienes ocupan el lugar de la escena.

“Esto nos ayuda a enriquecernos como familia, a estar unidos y lo más importante, a verse.” (Viviana F1)

“Yo siento que es súper importante que sea así, porque a lo mejor de representarnos nosotras mismas, en el caso que hubiese sido así, que no fueran actores externos a mi grupo de terapia, eh... no hubiese sido lo mismo a lo mejor, hubiese sido como más cortado, no sé... no tan fluido, como que endosarle la responsabilidad al actor era más práctico para todas.” (Jeannette M2)

“Siento que ahí sale lo que tenía que salir lo que de verdad estamos pensando o estamos sintiendo, y a mí el teatro espontáneo me da esa sensación.” (Mónica F2)

6.4.5. Posibilidad de verbalizar los contenidos propios.

Una de las formas más básicas de elaborar los contenidos no resueltos ya sea en un grupo o con un individuo, es la *verbalización* de lo que les está pasando. El encuadre terapéutico que plantea la metodología de teatro espontáneo permite la expresión verbal libre, pero respetuosa de cada uno y una de los y las participantes da la función. Desde la dirección se incentiva un

lenguaje en primera persona, es decir que implique hacerse cargo de lo que cada uno expresa y en donde el enjuiciamiento o el aconsejarle al otro lo que debe hacer no está dentro de los códigos de comunicación.

De esta manera, la posibilidad de hablar los contenidos tanto personales como colectivos es otro aspecto que es mencionado por los y las participantes y que es percibido como beneficioso, valorando que el espacio de la función les permitiera expresar lo que les pasaba.

“Les cuesta mucho poder mostrarse como realmente se sienten, o sea, es como decir, que lata que me vean que estoy deprimida, pero tienen la urgencia de soltar eso, para poder dar el paso siguiente a la sanación...literalmente lo manifestaba una compañera, “todo negro” y ya que lo dijeran, verbalizar eso, creo que sí, una expresión que a lo mejor ni si quiera pasa en sus sesiones con sus especialistas, así de importante.” (Jeannette M2)

“Hartas veces uno necesita hablar y no se da cuenta de que necesita hablar, así que bonita la oportunidad.” (Jeannette M2)

“El hecho de que se pudieran expresar es terapéutico en sí mismo.” (Fernando IC)

“Acá la idea era lo que te decía recién, el contacto, el casi verte obligada a escoger: “digo o no digo lo que pienso” porque mantener la máscara diaria era difícil, era pesado, era un esfuerzo mayor que estar haciendo los ejercicios al principio.” (Mónica F2)

“Desde el momento que los vi, fue como...”Ah sí... sí, puedo hablar.” (Olga M1)

Para lograr esta posibilidad de expresión libre y espontánea el entrenamiento del equipo de trabajo, a saber la compañía de teatro espontáneo, es fundamental. En este sentido tanto actores, como músicos y director/a, deben estar constantemente trabajando sus habilidades para generar una escucha integral de cuerpo, emociones, texto latente y manifiesto, para reconocer aquellos

fenómenos tólicos, a decir de Moreno, y que pueden generar interferencia con la historia propia.

“Ustedes están ahí con algo que va más allá tal vez con lo que ellos traían, entonces se soltaron, se abrieron, lograron hablar.” (Fernando IC)

“Me sentí súper bien, súper bien, era como si le estuviera hablando a mi psicóloga, fue una cosa bonita, muy bonita...desde el momento que los vi, fue como...”Ah sí... sí, puedo hablar.” (Olga M1)

“Verlos a ustedes que eran unas personas eh... cómo se puede decir, muy agradables comunicativas, como que nos dieron y me dieron mucha confianza, como para poder hablar, porque hubiese sido delante de otras personas, no lo hago.” (Viviana F1)

En este sentido resulta reconfortante para las y los participantes, sentir que se les brindó un espacio del cuál ellos se apropiaron para manifestarse en todas sus diversidades. Así desde lo grupal con el abanico de miradas y lecturas de sus dinámicas como desde lo individual con el abanico de emociones y sentimientos que conlleva la vivencia de una catástrofe.

“Hablaron todas las persona, hasta los mañosos y los no mañosos y todos hablaron y no hablaron poco, hablaron harto.” (Fernando IC)

“Le doy las gracias a ustedes por haber venido, por haberme expresado un poco, o no sé si un poco, quizás la mayor parte de todos estos dolores que tengo, me hicieron muy bien.” (Olga M1)

6.4.6. El lugar de la audiencia

Como ya se mencionó, la metodología ofrece diversos espacios de participación y uno de ellos es el lugar de la audiencia o platea. Desde la teoría se plantea que este espacio además de resultar reparador desde la mirada estética, cumple también un rol importante en cuanto a constituirse en testigos de lo que en este espacio sucede por vez única e irrepetible.

Así como el ver los propios contenidos representados resulta altamente reparador, el poder participar como espectador o testigo de los contenidos que los demás miembros del grupo comparten para éste, tiene un efecto también reestructurante.

Los contenidos presenciados en escena, son percibidos como significativos de diferentes maneras por esta audiencia, lo que conlleva a que pueda posibilitarse un aprendizaje significativo que implica una manera diferente de ver o hacer las cosas en situaciones futuras y que se relacionan de alguna forma con el contenido escenificado.

“En la representación era distinto, porque era como ...se podía asociar con rasgos de la... por ejemplo cuando hablaban de los familiares, se podía asociar desde mi punto de vista, con mi propia familia, y eso como que me emocionaba.” (Jeannette M2)

“Igual me sentí con Paula, que igual la representaron bien y el dolor que ella tenía me parece que la fortalece porque es una mujer luchadora y fue importante para mi ver eso...yo le digo me encantaría tener tu energía y tu valor, para haber superado tan rápido el dolor que tenía... bueno, superado yo creo que no es la palabra, pero haber aceptado el dolor que ella tenía, igual me fortalece, me fortalece bastante.” (Olga M1)

“Eso, que no se hayan podido negar, o sea, el peso de la realidad es tan fuerte que no hubo forma, porque todos eran y éramos testigos de todo.” (Mónica F2)

“Es un privilegio, siempre es un privilegio escuchar y saber lo que a otro le pasa, lo que de verdad le pasa, es eso, es un privilegio, es algo que se tiene que agradecer, porque no todo el mundo te va a dar lo que de verdad tiene.” (Mónica F2)

Por otra parte, y sobre todo en los contextos de trabajo con equipos, como se evidencia en los relatos de los funcionarios de salud, o cuando los

contenidos trabajados pertenecen al ámbito socio dramático, esta posibilidad de participar como audiencia, permite darse cuenta de los diversos puntos de vista que pueden haber de una misma situación que afecta el funcionamiento del equipo, permitiendo además una comprensión de lo que al otro le pasa en diversos registros.

“Por un lado fue visto como los malos y por otro como héroes, hay dos verdades ahí.” (Fernando IC)

“Esas llegadas al consultorio a las 5, a las 6 a las 8, como primera opción, tal vez había sido incluso como florero, o como una manera de figurar, o por temor a ser despedido, pero la verdad es que hay gente acá que es generosa, que funciona con el hecho de ser un sólo consultorio en realidad.” (Mónica F2)

“Esas diferencias de ser profesionales, hasta de los jóvenes y los no tan jóvenes o los viejos, definitivamente, son maneras de atomizar a un grupo.” (Mónica F2)

6.4.7. La utilización de música en vivo

La dimensión estética que plantea esta metodología, al servirse de la expresión artística teatral que, por su parte, es una de las pocas disciplinas artísticas que puede aunar en su realización a otras disciplinas, tales como la música, la plástica y la danza, es un aspecto que puede ser altamente terapéutico. Así por ejemplo, uno de los elementos valorados por los y las participantes es la utilización de la música en vivo durante la función. Esto, por una parte desde el goce estético que brinda esta posibilidad.

“La música en vivo siempre va a ser distinto, la gente paga mucho dinero por ir a ver a un músico tocar.” (Fernando IC)

Por otra parte desde los relatos se deduce también la capacidad de la música en vivo para generar una atmósfera que contribuye al “cómo sí” del teatro espontáneo, tanto desde la vivencia de la temporalidad como del espacio.

*“Bonito, muy bonita la música... era como para irse a otro lugar.”
(Olga M1)*

*“Muy bonito, la música eh... transporta...y... hace como dos efectos a la vez, porque transporta a lo mejor a otro estado, pero también centra la mente al momento que se está viviendo, tiene esa magia.”
(Jeannette M2)*

“Escuché el primer sonido y fue una cosa muy mágica.” (Viviana F1)

*“Uh!, extraordinaria, lo que ustedes tocaron, los instrumentos que tocaron, extraordinarios...¿la Kalimba se llama?, eso es mágico, mágico, ese instrumento no es real, es mágico. Sí, excelente, indispensable.”
(Mónica F2)*

También los y las participantes mencionan que la utilización de la música es una forma efectiva de conexión con la emocionalidad, constituyéndose en un elemento facilitador para evocar estados tanto emocionales como sensoriales.

“Sentía la música bonita pero triste.” (Olga M1)

“¡Ay! Excelente, muy rico, relajador y la música muy bonita.” (Viviana F1)

“Por eso es sanadora, por eso es indispensable, porque de repente te saca un poco de esta cosa racional que es tan chiquitita.” (Mónica F2)

6.5. Percepción de cambio psicológico luego de la experiencia

Finalmente, lo que refuerza las ideas anteriores es que para algunas y algunos participantes fue evidente un cambio de estado psíquico luego de vivir la experiencia de la función de Teatro Espontáneo. Lo anterior, tanto en forma de alivio de estados emocionales angustiosos, como de aprendizajes y reflexiones a partir de lo vivenciado, o, concretamente, sensación de bienestar después de la experiencia.

6.5.1. Sensación de descarga o disminución de la angustia

Desde los relatos se puede desprender que el espacio posibilita una especie de liberación o descarga de la angustia, no obstante se trabajen contenidos relacionados a emociones negativas, el hecho ya de compartirlos y remirarlos en este espacio parece quitarles la carga angustiosa a estos contenidos.

“Todos, todos estuvieron muy enriquecedores, pero principalmente la meditación (refiriéndose a una imaginería utilizada en la fase de caldeamiento específico) creo que me llevó a una conexión fundamental de aquietar el pensamiento y llevar a un nivel de conciencia a algo que realmente me sirve y tratar como de, no borrar, si no que de dejar un poco a tras como la mala experiencia, a lo mejor, o malos recuerdos, algo así.” (Jeannette M2, en relación a los beneficios de la experiencia)

“Por lo menos no he llorado esta tarde, incluso escuché la canción que le dedicamos a la niña (en relación a una sobrina fallecida) y sinceramente la escuché y no lloré, me sentí como un poquito aliviada, la canción no me hizo llorar.” (Olga M1)

“Sí, puede que sí, puede que y ojala haya sido así, que me ayude un poco a mi tristeza ...me hizo bien porque por lo menos esta tarde he estado bien.” (Olga M1)

“Aunque estuvieron presentes en la actividad, se me olvidaron un poco, porque me sentí más feliz.” (Viviana F1), respecto a sus emociones y pensamientos sobre el terremoto)

“Pero no sé me dieron mucha confianza, mucha como energía positiva digamos... me sirvió mucho, mucho, mucho.” (Viviana F1)

6.5.2. Insight o aprendizajes derivados de la experiencia

Otros/as participantes logran identificar beneficios más concretos derivados de la experiencia. Los aprendizajes o insight se relacionan tanto con contenidos colectivos como individuales.

"El taller sirvió a lo mejor para abrir esa claridad. Creo que eso es lo que entendí por lo menos hoy, que tan vulnerable no estoy, o sea, he adquirido algunas herramientas como para sentir eso, como más seguridad.Fue bueno darme cuenta de eso." (Jeannette M2)

"Eso fue algo que me llamó mucho la atención hoy, de que ponían mucho ese ejemplo, de que los niños eran como la luz, como la parte buena de la vida, pero y qué le estamos nosotros transmitiendo a ellos." (Jeannette M2)

"Pienso que si a mí me hizo sentido, a las otras compañeras también les abrió esa posibilidad de... esa facultad de ver que en realidad yo no quiero ver en los míos, a los que más amo, tristes por mí, tomar esa consciencia yo creo que es lo básico por ahí, así que ojalá que haya pasado en todas." (Jeannette M2)

"Esto nos ayuda a enriquecernos como familia, a estar unidos y lo más importante, a verse." (Viviana F1)

"Esto nos sirve a todos no a un par de personas y si tenemos que cambiar, tenemos que cambiar todos." (Viviana F1)

6.5.3. Sensación de bienestar posterior a la experiencia

Sumado a esto, los relatos dan cuenta de estados percibidos como positivos por ellos y ellas. Los y las participantes manifiestan sentirse satisfechos con la experiencia y con una sensación positiva luego de haber participado de ella, expresando sensaciones de tranquilidad, satisfacción, conformidad y disfrute.

"Eso también te dice que realmente la sensación con que se fueron fue realmente positiva." (Fernando IC)

“Tranquila, conforme, eh... feliz, porque es una experiencia nueva para nosotros.” (Viviana F1)

“Me sentí bien, de verdad me sentí muy bien. Con mucha emoción, mucha emoción.” (Olga M1)

“El compartimiento, no de servirnos algo, sino que esta instancia, es como súper llenador, satisfactorio.” (Viviana F1)

6.6. Interés por repetir la experiencia

Por último, es importante destacar, sobre todo en relación a la sensación de abandono tras la catástrofe que existe en la población, que surge la petición de que la experiencia no sea sólo una intervención aislada. En los diversos grupos se expresa el deseo de repetir la experiencia tanto en este contexto de reparación, como para trabajar otras temáticas significativas.

“Creo que debería repetirse.” (Viviana F1)

“Ojalá algún día nos volvamos a encontrar.” (Olga M1)

“Ojalá nos mantengamos en contacto porque nunca se sabe cuando se necesita.” (Mónica F2)

Al revisar este análisis, surgen variados aspectos que dan cuenta, por un lado, de las características que poseen las necesidades de reparación psicosocial de la población que resulta afectada luego de una catástrofe. Por otro lado, da cuenta también de los elementos que proporciona el teatro espontáneo, como metodología de abordaje terapéutico para el periodo de recuperación y normalización en un proceso de reparación psicosocial con enfoque comunitario.

Desde esta antesala es que la propuesta metodológica se vislumbra como una posible herramienta de trabajo, no sólo en el contexto de una catástrofe natural, si no que en diversos contextos en donde la población haya sido afectada por acontecimientos que se constituyan para ellos en experiencias traumáticas, como violencia organizada, crímenes sociales, accidentes, pérdidas, etc.

En el apartado siguiente se profundizará desde el anclaje teórico cómo es que estos elementos que ofrece el teatro espontáneo, llegan a ser terapéuticos para quienes viven la experiencia de una función. Así mismo se abarcará la importancia de trabajar los contenidos traumáticos de los individuos y comunidades en pos de potenciar sus recursos protectores, y empoderarlos como seres capaces de crear nuevos significados para sus experiencias desde los cuales puedan intervenir en sus realidades para producir cambios favorables hacia ellos y sus comunidades.

VII. DISCUSIÓN

Si bien esta tesis comienza realizando una mirada crítica a la forma de abordaje que ha tenido el aparato estatal para el tema de la reconstrucción post catástrofe; sus pretensiones están lejos de ser sólo una crítica y no intentar dar respuesta a un vacío organizativo, de recursos, metodologías y prácticas, de este aparato estatal que concluye por no dar respuesta a las necesidades de la población en los diversos aspectos que una catástrofe altera o simplemente destruye. Uno de estos aspectos es la salud o el bienestar psicosocial, de las variadas víctimas que resultan de un evento como este.

En este apartado, se pretende dar cuenta, a través de los hallazgos de esta investigación y su relación con los objetivos planteados, de cómo el teatro espontáneo brinda una posibilidad de abordaje terapéutico para la población que ha sido afectada por algún tipo de catástrofe, otorgando así una respuesta a la necesidad de generar intervenciones efectivas y pertinentes para la etapa de normalización y recuperación. Por otra parte se visibilizará la necesidad de que estas estrategias estén contempladas como parte de una política pública frente al tema de las emergencias y catástrofes, de cualquier índole sean estas y que posean como foco principal la participación y empoderamiento de quienes han sido afectados por estas, en su propio proceso de reparación, tanto individual como colectiva.

7.1. Condiciones y necesidades

7.1.1. Fenómenos de Victimización secundaria como respuesta al actuar de los aparatos públicos

Es necesario enfocar entonces *el después* desde la intervención clínica y psicosocial en la comunidad y por la comunidad. Ningún grupo, comunidad u organización ha estado preparada para un desastre, en términos de todos sus implicados. Algunas organizaciones, tales como los servicios de emergencia, pueden tener experiencia en ciertos aspectos de la respuesta a desastres pero, a menudo, esto supone sólo una pequeña parte de su trabajo e incluso ellos pueden no estar preparados para la magnitud de lo que van a encarar tanto personal como organizacionalmente. Para ello habrá que tener en cuenta que el estado de preparación es pobre porque los desastres son sucesos catalogados de "baja

probabilidad”, por lo que llevan asociado un grado importante de apatía presente tanto en los cuerpos gubernamentales como en el público en general.

Es así como uno de los hallazgos importantes que resulta del análisis de las entrevistas, tiene que ver con la sensación de abandono que experimentan los grupos afectados tras la etapa de emergencia. Si bien en una primera fase distintos grupos ciudadanos y de ayuda social, así como aparatos estatales se movilizaron para generar una contención inmediata tanto en términos materiales como de primera respuesta psicológica, los y las entrevistadas manifiestan su impotencia y frustración en las etapas posteriores ante el vacío de acciones reparatorias e incluso el incumplimiento de promesas por parte de instituciones que se supone debiesen contar con planes de contingencia para estos acontecimientos.

Este fenómeno constituye en términos psicológicos una victimización secundaria, en donde quienes vivencian alguna forma de trauma son sometidos luego a una segunda vivencia traumática que deriva del actuar de los sistemas de ayuda, es decir tiene que ver con prácticas institucionales que en vez de proteger a las víctimas pueden causar daños mayores o cronificar las secuelas, en este caso psicológicas. En este sentido, el actuar negligente de estas instituciones, llega a ser tan nocivo como el trauma principal, dado a que recae sobre personas cuya estructura psíquica y autoestima está especialmente debilitado a causa del primer impacto. Por otra parte, proviene de la actuación de poderes públicos diseñados para conferir amparo a las personas cuyo proyecto vital ha sido afectado. Se genera, por tanto, un efecto especialmente patógeno: las estructuras creadas para tutelar a las víctimas provocan una sensación de vacío y falta de aliento que alimenta la sensación de dolor.

La mayor parte de la literatura relacionada a intervenciones psicosociales con víctimas de catástrofes, plantean que en las fases de recuperación y normalización:

(...) la administración de tratamientos eficaces para el elevado número de víctimas que todavía presentan trastornos por estrés agudo o postraumático u otros trastornos – depresión, fobias, ansiedad generalizada, etc. requiere la movilización, a su vez, de un elevado número de profesionales de la salud mental, los cuales no siempre tienen actualizados sus conocimientos sobre las estrategias terapéuticas más

eficaces para tratar esos trastornos. En este sentido, la elaboración de pautas de intervención psicológica dirigidas a dichos profesionales, y centradas en los tratamientos con mayor apoyo empírico para los trastornos mentales provocados por los desastres, podría mejorar de forma significativa, a medio y largo plazo, la atención psicológica que las víctimas reciben. (García Vera, Labrador & Larroy, 2008, p. 39)

Desde la perspectiva del teatro espontáneo, se postula que es la misma comunidad la que arroja las pautas para una intervención eficaz y que, por tanto, un tratamiento adecuado debe necesariamente considerar estas pautas para trabajar con esta comunidad. El rol del aparato estatal debe ser entonces brindar las condiciones para que la comunidad pueda expresar, dialogar y decidir sobre lo que les aqueja y en qué les interesa invertir sus diversos recursos, tanto materiales como humanos.

7.1.2. Necesidad de generar respuesta desde un enfoque que fortalezca los vínculos sociales

Desde una mirada con enfoque comunitario, que es el énfasis que esta investigación busca dar al proceso de reconstrucción, en este caso psicosocial, uno de los aspectos más relevantes es el fortalecimiento de los vínculos sociales como un factor protector fundamental en situaciones de catástrofes.

En el artículo “Vulnerabilidad social, neoliberalismo y desastre: Sueños y temores de la comunidad desplazada/damnificada por el terremoto/tsunami”, publicado por la revista “Sociedad hoy”, Rojas Hernández (2010) articula una investigación sobre el fenómeno de saqueos que se vivió post terremoto y tsunami al cual se refiere como terremoto social. En este plantea algunas causas que explicarían este fenómeno entre las que llaman a atención las siguientes:

- Existencia de una matriz sociocultural paternalista/asistencialista que fomenta la pasividad ciudadana y que genera en las personas con algún tipo de vulnerabilidad social una actitud de espera de ayuda del estado. En este sentido la modernización del país se ve en lo tecnológico y económico, pero no así en lo social.
- Existencia de una matriz sociocultural individualista y excluyente, que genera desigualdad y envidia social, subestimando y rechazando lo colectivo. El excesivo

individualismo destruye los lazos comunitarios y origina actitudes antisociales. Frente a esta falta de comunidad, las personas se quedan solas ante los desastres (Rojas Hernández, 2010).

Esta disolución de vínculos sociales, producto de la cultura de mercado, en donde imperan los valores del individualismo, se constituye en una amenaza para la convivencia social en momentos de catástrofes. Si bien el artículo se refiere al hecho puntual de la conducta delictual de saqueos que se genera post terremoto, en el curso de la investigación, es posible ver cómo en el caso de los funcionarios de salud se manifiesta en relaciones de desconfianza que se acrecientan en la situación de emergencia. Los altos grados de desconfianza, sumados a la precaria organización para estos acontecimientos, dificultan la superación de la vivencia en términos de grupos, dejando la sensación de que fue algo que le pasó a cada individuo y que cada uno debe solucionar, no quedando disponible la instancia grupal de equipo de trabajo, como recurso protector y contenedor. Es más, se instalan prejuicios, dobles lecturas y sensación de apatía hacia la experiencia del otro. Esto refleja además la falta de cohesión e inclusión social, ya que en las relaciones cotidianas las personas interactuamos teniendo como trasfondo lo que somos en nuestros respectivos entramados y tejidos sociales.

7.2. Teatro Espontáneo: un abordaje para la reparación psicosocial en situaciones de catástrofe.

7.2.1. Teatro espontáneo como forma de reconstrucción de la memoria colectiva

Frente a esta falta de experiencia común, el teatro espontáneo ofrece múltiples aristas que favorecerían la reconstrucción del entramado social, en base a relevar la importancia de la memoria colectiva. “Se trata de reconstruir relatos validando, compartiendo, construyendo historia y memoria social. Representar la escena que surgió del relato que vino del recuerdo, es trabajar sobre la memoria y eso tiene una dimensión política” (Chico & Estrada, 2010, p. 5).

Continuando con la revisión de los resultados, se observa que en cada uno de los grupos se evidencia aún la necesidad de trabajar los traumas psicológicos que persisten como consecuencia de la catástrofe. Así la necesidad de expresar lo que para cada uno y cada una ellos/as fue la vivencia del terremoto, se manifiesta de

manera importante. En las entrevistas, al indagar someramente los relatos, surgen de manera muy vívida y las descripciones son precisas y detalladas sobre cómo fueron en cada caso los minutos inmediatos a la catástrofe, las pérdidas sufridas, la vida en los meses posteriores, etc.

Se puede deducir entonces que otra de las necesidades que surgen en términos psicosociales y que pudiese ser una respuesta posible a la sensación de abandono, se relaciona con la existencia de espacios propicios que permitan esta expresión de manera contenida y protegida.

Es interesante aludir en este punto a lo que plantea Fernández Liria & Rodríguez (2002) respecto a la comprensión de los cuadros sintomáticos que se presentan posteriores a una vivencia traumática. El autor plantea que los síntomas que configuran el hipotético trastorno de estrés postraumático (híper alerta, vivencias de intrusión, evitación y entumecimiento afectivo) constituyen en buena medida defensas adaptativas ante estas situaciones y, en cualquier caso, se dan en un porcentaje tan alto de la población (son estadísticamente *normales*) que no parece que tenga sentido calificarlas de patológicas o trastornadas. Desde estos planteamientos, realiza una crítica al modelo medicalizado con el que generalmente se abordan estas situaciones. Sin desconocer que la categoría diagnóstica ha servido para universalizar el concepto y generar modelos de abordaje sustentados en ella, la crítica se dirige más bien a la medicalización del tratamiento, que si bien tiene la ventaja de autorizar y servir para guiar actuaciones reparadoras a nivel individual, presenta el inconveniente de ignorar la importancia de los procesos colectivos en la operación de resignificación que supone la superación de la experiencia “traumática”.

Su propuesta se acerca más bien al modelo de trabajo en situaciones de duelo, como forma de abordaje de la salud mental en situaciones de pérdidas por desastres, conflictos bélicos o violencia organizada. Esto por una parte aludiendo al rol activo de quienes han sufrido las pérdidas. “La necesidad de elaborar el duelo reclama - y posibilita - la *participación* del superviviente, mientras que el padecimiento de una enfermedad evoca el comportamiento del *paciente* (sujeto pasivo sobre el cual interviene el médico)” (Fernández Liria & Rodríguez, 2002).

Por otra parte, plantea que este modelo contempla una mirada de proceso frente a la situación y no de un estado, no es un cuadro que el sujeto padece de

manera pasiva, sino que sus manifestaciones cambian a medida que atraviesa este proceso en el cual el sujeto está implicado activamente. Por tanto, lo que se plantea es un trabajo de elaboración.

Por todos estos motivos frente a un modelo que contempla un *trastorno* como respuesta a una *noxa*, creemos preferible organizar, en la medida de lo posible, las actuaciones según un modelo que lo que contempla es un *trabajo* (y, en concreto un trabajo de *otorgamiento de significado*) que la comunidad y cada uno de sus miembros han de realizar frente a una *experiencia*. Trabajo y experiencia que se entienden mal desde una consideración reducida al individuo. (Fernández Liria & Rodríguez, 2002)

Es en estas consideraciones en donde nuevamente la propuesta metodológica de la presente investigación cobra sentido. Las opiniones de los y las entrevistados/as muestran cómo la metodología del teatro espontáneo ofrece un espacio propicio para la expresión, elaboración y resignificación de la experiencia.

Este trabajo de resignificación pasa necesariamente por el rescate de los relatos de quienes vivieron la experiencia, sin embargo, no se trata sólo de estimularlos a la expresión verbal o de otro estilo, sino que su fin último es la búsqueda de sentido respecto a la experiencia.

Al respecto, en la literatura hay opiniones diversas acerca del impacto psicológico que produciría el evocar y hablar sobre los sucesos negativos. Así por ejemplo, Páez et al. (2001) plantea que las intervenciones psicosociales y grupales sobre víctimas de catástrofes, en el momento inmediato al acontecimiento, basadas en compartir y hablar sobre la experiencia, no han confirmado que impidan la aparición de síntomas, reafirmando la idea de que hablar sobre un hecho traumático en sí mismo no es necesariamente adaptativo. Describe así la técnica de entrevista de desindoctrinación sobre incidentes críticos estresantes, en la cual las personas son estimuladas a i) describir el hecho desde su perspectiva, ii) expresar sus ideas más relevantes sobre lo ocurrido, iii) Verbalizar qué fue lo peor que les ocurrió en la situación.

Estudios realizados con casos asignados al azar sobre esta forma de intervención, concluyen que no han tenido efectos positivos objetivos (de seis casos,

cuatro mostraron no tener efectos, uno mostró efectos negativos y sólo uno efectos positivos). Según Páez et al. (2001), estos resultados concuerdan con la investigación en psicoterapia de personas traumatizadas que muestran cómo se asimilan los hechos emocionales: a) el hablar sobre las vivencias emocionales de hechos traumáticos implica siempre un desgaste psicológico; b) el hablar sobre lo sucedido tiene efectos positivos en la salud física a largo plazo; c) hablar sobre las vivencias en forma inducida en el momento inmediatamente posterior al hecho no es positivo (Pennebaker, 1990; Rimé et al., 1998 citados en Páez et al., 2001).

De cualquier forma, estas conclusiones presentan al menos dos aspectos que en la metodología de intervención grupal planteada en esta investigación se enfocan de manera distinta. En primer lugar esta se plantea para la fase de recuperación/normalización, es decir transcurridos al menos 1 a 6 meses posterior al suceso traumático.

Un segundo aspecto se relaciona con el cómo se evocan las vivencias en relación con el trauma y cuál es el fin último de este proceso de recuperación y rescate de los relatos. Según Páez et al. (2001), plantean que la expresión de estos contenidos sería positiva sólo si se integran emociones y reevaluaciones en un momento en que es posible tomar distancia psicológica, si no se hace de manera repetitiva y si la persona quiere hacerlo. El teatro espontáneo presenta, como se ve en el análisis de los resultados y como se expondrá a lo largo de esta discusión, características que lo hacen ir aún más allá en estas consideraciones.

Diversas investigaciones sobre trauma psicosocial por motivos ya sea de violencia política, desastres naturales u otros, plantean cómo en quienes se ven afectados por situaciones como estas se manifiestan algunos mecanismos psicológicos que dan cuenta de una relación de tensión entre la búsqueda de sentido del suceso y el exceso de memoria. En este sentido, Jelin (citada en Vital, 2009, p. 5) plantea: “El pasado puede condensarse o expandirse según cómo se incorporen esas experiencias pasadas”. Así mismo, la psicóloga clínica miembro del equipo Tortura Nunca Mais de Rio de Janeiro, Vera Vital, en su artículo “Construyendo memoria y el lugar del testigo” (2009) plantea que en el trabajo clínico con personas afectadas por violencia de estado, el exceso del pasado en el presente produce fijaciones que impiden o dificultan la experimentación de lo que ocurre en el plano presente. Esta compulsión a la repetición y la imposibilidad de separarse del objeto perdido dificultan

el proceso de reconstrucción de memoria a partir de la elaboración y producción de sentido respecto al suceso. “El presente se ve invadido por el sufrimiento del pasado y le pone trabas al movimiento creativo de la vida” (Vital, 2009).

Se hace necesario entonces otorgarle un lugar al pasado. En este sentido, el Teatro Espontáneo ofrece un espacio vacío, que espera ser llenado por las historias de quienes participan, propiciando la posibilidad no sólo de verbalizar las experiencias si no de recrearlas desde lo colectivo para otorgarles un nuevo sentido.

La misma autora plantea que, en contraposición a esta inundación del pasado en el presente, “el movimiento de búsqueda de sentido de un suceso del pasado está asociado a la posibilidad de enlazar, establecer lazos en lo que se fragmentó, se aisló, se disoció y se perdió con la experiencia brutal, disruptiva ocurrida en el pasado” (Vital, 2009, p. 5). En la misma línea Calverio (2005 citado en Vital, 2009, p. 4) plantea: “En la búsqueda de sentido que tuvo el suceso en el pasado este se abre actualizando a su vez la posibilidad misma de sentido en el presente”.

Como anteriormente se mencionó, el trabajo de elaboración y otorgamiento de sentido en el Teatro Espontáneo se da a través del rescate de las historias y su transmisión oral, para luego ser representadas. Desde el Teatro Espontáneo, se entiende que el relato de una historia es un pequeño nudo de conectividad, según Bateson (2002 citado en Chico & Estrada, 2010), la conectividad entre las personas estaría dada porque piensan en historias, en ellas están las pautas y secuencias que nos conectan. Así mismo Ortega y Gasset al reflexionar sobre la razón narrativa como función para comprender la vida humana, plantea “el hombre no tiene naturaleza, tiene historia”. (1980 citados en Chico & Estrada, 2010, p.13). El poder relatar nuestros acontecimientos vitales permite otorgarles un orden y un significado, “la vida mientras nos está sucediendo nos parece sin orden ni concierto... cuando entretejemos nuestras experiencias en una historia hallamos un significado en lo que hemos experimentado, el contar nuestras historias a otros nos ayuda a integrar el significado personal que tiene la historia para nosotros” (Salas, 2005 citado en Chico & Estrada, 2010, p. 14).

7.2.2. Teatro espontáneo como rito colectivo que refuerza el entramado social

En cuanto al proceso reparatorio, esta posibilidad que brinda el teatro espontáneo de rescate de las historias para la construcción de sentido busca a su vez relevar la forma y significado de cualquier experiencia, dignificando los relatos desde una comunión ritual y estética, enlazándolos para que “constituyan una historia colectiva de una comunidad de personas, sea ésta una comunidad temporal del público en un teatro, o un grupo de personas cuyas vidas están relacionadas más permanentemente” (Salas, 2005 citado en Chico & Estrada, 2010, p.15).

Tocamos aquí otro aspecto que ofrece el Teatro Espontáneo que tiene que ver con el soporte y apoyo social. Como antes se mencionó, otra de las búsquedas de esta forma de abordaje es re establecer el entramado social, como recurso protector en estos contextos.

Páez et al. (2001), plantea que la falta de apoyo social, por negación de los hechos traumáticos refuerza la sintomatología generando recuerdos compulsivos y de manera extrema y negativas. Diversas investigaciones plantean que el apoyo social se asocia a una menor mortalidad y una mejor salud mental en la medida que este valida y reconoce la experiencia traumática de los individuos así como ayuda a entenderla y darle un significado lo cual como se ha planteado es un factor fundamental para asimilar las catástrofes y los hechos traumáticos (Ferro 1989 citado en Páez et al., 2001).

Al respecto y citando a Bowlby (1980, citado en Páez et al., 2001) plantea que una respuesta frente a esta negación son los ritos sociales y/o conmemoraciones, los cuales entre otras funciones facilitan la expresión pública del dolor, delimitan las fases del duelo y contribuyen a la asignación de nuevos roles sociales delimitando el ritmo de reintegración en la vida social y por ende protegiendo del aislamiento social.

En este sentido, el teatro espontáneo al ser un espacio de creación colectiva, en donde se establecen vínculos colaborativos, brinda un continente social protector en donde se pueden re establecer nuevas formas de relaciones y, de esta manera, fortalecer nuestro entramado social.

En este sentido, el teatro espontáneo al ser un espacio de creación colectiva, en donde se establecen vínculos colaborativos, brinda un continente social protector en donde se pueden re establecer nuevas formas de relaciones y, de esta manera, fortalecer nuestro entramado social.

Según Durkheim (citado en Páez et al., 2001, p. 20), los ritos colectivos provocan una “efervescencia emocional mediante la comunión en una emoción colectiva. Un sentido de unidad con otros emerge y aún ante la muerte un interés renovado en la vida y una confianza en la comunidad se desarrollan. Los rituales refuerzan las emociones compartidas, la cohesión y movilización social”.

7.2.3. La importancia de ser y tener testigos como posibilidad que brinda el Teatro Espontáneo

En el transcurso del análisis de las entrevistas, uno de los efectos reparadores que surge es la posibilidad que brindó el espacio de la función de teatro espontáneo como rito colectivo, tanto para contar con testigos espectadores como para constituirse en un espectador de los relatos del otro llevados a escenas.

Al respecto, Vital (2009), plantea que esta noción de testigo tiene dos dimensiones. Por una parte alude a quien cuenta su testimonio en primera persona. En este caso, las víctimas de violencia política, como prisioneros supervivientes de campos de concentración, relatan que fue su impulso de querer contarle al mundo lo que allí vivieron lo que les permitió vivir. La elección de testimoniar, tiene que ver con una actitud de enfrentamiento al hecho traumático: “El horror es este pero puede enfrentarse, y hay que hacer algo, lo estamos haciendo nosotros que lo sufrimos al denunciarlo” (Daleo, 2001 citado en Vital, 2009, p. 6). Este acto además de permitirles liberarse del horror, constituye una forma de afirmar una postura activa frente al suceso, generando un empoderamiento frente a la realidad para impedir que algo así vuelva a ocurrir. Este testimonio realizado en primera persona, se llama testimonio de parte.

Sin embargo, el concepto de testigo alude también al que escucha, al que presenció o reconoció lo que dice alguien sobre un suceso en el lugar de un tercero. Quien escucha se convierte en participante. “En contrapartida, si no hay escucha, si no hay un otro al que dirigirse, para expresar las angustias y así poder reconocer lo

sucedido, se produce una aniquilación de la narrativa” (Vital, 2009, p. 7). Así también lo da a entender Gagnebin (2006 citado en Vital, 2009) cuando se refiere a ese otro que es capaz de escuchar las narraciones del trauma, generando una especie de “carrera de postas” en donde las palabras llevan hacia delante, ya que “Sólo la transmisión simbólica asumida a pesar y a causa del sufrimiento indecible, sólo esta recuperación reflexiva del pasado puede ayudarnos a no repetirlo infinitamente, sino a osar esbozar otra historia, inventar el presente” (Vital, 2009, p. 8). Este autor al referirse al lugar de quién escucha introduce la noción de “testigo ampliado”.

En el teatro espontáneo, este rol está ocupado por la audiencia, compuesta por el resto de la comunidad que asiste a la función, los/as actores/actrices y músicos/as de la compañía y el o la directora/a; a decir de Boal (2002), los especta-actores dado a que su rol de escuchadores puede desplegarse en este espacio en una acción transformadora, otorgándole una dimensión más que nunca activa, por tanto propia de un contexto terapéutico. Para Bados López y García Grau (2011), esta forma de escucha es una de las habilidades básicas para establecer una relación terapéutica, potenciándola en la medida en que se facilita a las personas el expresarse sobre sí mismos, aumentando la probabilidad de comprender mejor al otro y generando auto responsabilidad en el proceso de cambio. La escucha activa implicaría tres actividades:

1. Recibir el mensaje, manifestando interés y prestando atención a diversos aspectos de la persona.(verbal y no verbal)
2. Procesar los datos atendidos, es decir, discriminando y estableciendo significados. En este punto las emociones, valores y creencias de quienes escuchan cobrarán gran relevancia y es un punto que interesa profundizar, respecto a cómo se entiende este fenómeno en el teatro espontáneo.
3. Emitir una respuesta de escucha, donde la intervención del terapeuta puede adquirir varias formas (paráfrasis, reflejos, síntesis), pero es relevante en la medida que comunica a la persona que se le ha escuchado activamente.

Como ya se planteó en el apartado sobre los elementos del teatro espontáneo, la audiencia se transforma toda en un agente terapéutico en la medida que realiza intervenciones en escena sobre los relatos del narrador. Si bien desde la mirada de Bados López y García Graus, (2011) en la actividad de procesamiento de la información deben cautelarse los sesgos del terapeuta, que provienen de sus

creencias, valores y resonancias emocionales, en el teatro espontáneo se busca que esta multiplicidad de miradas tengan la mayor cabida y posibilidad de desplegamientos. La audiencia como caja de resonancia, posibilita el inter juego entre quien narra y quien escucha de poner en escena todas aquellas versiones para la historia narrada y luego transformada en la escena.

Gagnebin (2006 citado en Vital, 2009) propone que es en esta relación entre quien narra y quién escucha activamente (aportando nuevos datos) que se pone en marcha el proceso de producción de sentido y construcción de memoria. Es aquí que podrá reconstruirse “un sentido para aquella experiencia, para una nueva percepción, un sentido de algo nuevo, productor de diferencias. Así el lugar del testigo puede ser ocupado por terapeutas, por analistas y por todos los interesados en contribuir a ponerle un límite al terror inventando el presente, apuntando hacia un *nunca más*” (Vital, 2009, p. 8).

7.2.4. Teatro espontáneo como espacio para los contra relatos y su importancia en la construcción de sentido

Es interesante citar en este punto las palabras de Ricardo Piglia, quien en un seminario organizado por la Universidad de Las Madres de la Plaza de Mayo, que versaba sobre la construcción de memoria colectiva, afirmaba:

Hay que construir una red de historias para reconstruir la trama de lo que ha pasado... ya que el Estado construye una interpretación de los hechos, es decir, un sistema de motivaciones, de causalidad, una forma cerrada de explicar una red social compleja y contradictoria...a estos relatos del Estado se le contraponen relatos que circulan en la sociedad. Un contra rumor de pequeñas historias, ficciones anónimas, micro relatos, testimonios que se intercambian...versiones anónimas que condensan de un modo extraordinario un sentido múltiple y abierto... La verdad está ahí... hay que buscarla y tiene la forma de relato... no está en uno... hay que construir la verdad. Ningún sujeto tiene el sentido pleno... crear canales alternativos para hacer circular la información (...). (Piglia, 1999 citado en Carabello, 2003, p. 52)

Si bien el autor se refiere a la violencia de política ocurrida tras el golpe de Estado en Argentina en 1976, es un fenómeno que también se aplica en el contexto de la acometida comunicacional que el gobierno chileno ha tenido sobre la reconstrucción y que, como se puede ver en el análisis, dista mucho de la percepción de quienes fueron afectados directamente por la catástrofe.

El teatro espontáneo ofrece este canal alternativo, para que circulen esas pequeñas historias anónimas que no tiene acceso a los medios masivos de comunicación. Se releva la función de la transmisión oral de los pueblos. Historias que transmiten la experiencia, que es mucho más que la simple información, en la voz y los relatos de los que han tenido la experiencia y pueden contarla.

7.2.5. La posibilidad que ofrece el teatro espontáneo de acceder a las diversas formas de memoria

Sin embargo, cabe preguntarse qué sucede cuando la palabra no está disponible, cuando la experiencia y sus efectos han sido tan fuerte que la turbulencia de afectos impide transformar en palabras lo vivido. Cómo transmitir la experiencia en esos casos en que no hay acceso a la narración. Al respecto Vital (2009) señala que así como el recuerdo puede llegar a penetrar el presente en un sin sentido, la dificultad para hablar también puede darse por el temor de entrar en contacto con el recuerdo del temor vivido. Gagnebin (2006 citado en Vital, 2009, p. 5) respecto a los sobrevivientes del Holocausto dice: “Los supervivientes que volvieron de las trincheras, volvieron mudos”.

Como bien manifestaron los y las entrevistados/as de los diferentes grupos con los que se trabajó en esta investigación, no siempre es fácil hablar sobre los contenidos relacionados a la vivencia traumática, ya sea por las desconfianzas instaladas en el caso de los funcionarios de salud o por una estructura psíquica vulnerable en el caso de las mujeres con diagnóstico de depresión. Si bien la palabra puede estar ausente, desde el mismo análisis podemos deducir que sin duda algo de las experiencias lacerantes permanece pero en forma de registros mnémicos menos explorados en la cotidianidad. Gagnebin, citando a Walter Benjamín (2006, p. 36) en su tesis “Sobre o concito da historia” nos remite a la comprensión de la complejidad que implica acceder a los sucesos del pasado: “Articular históricamente el pasado, no

significa conocerlo “*tal como realmente fue*”. Significa apoderarse de un recuerdo tal como centellea en un instante de peligro” (citado en Vital, 2009, p.6).

Estos destellos de memoria pueden provenir de distintas fuentes como nuestra memoria corporal o nuestra memoria emotiva, o nuestros registros oníricos o simbólicos.

En el teatro espontáneo, cuando alguien de la audiencia ocupa el lugar del narrador, no siempre tiene una historia armada para narrar, si no que muchas veces comienza balbuceando sensaciones, o describiendo imágenes y/o recuerdos vagos sobre algo que le sucedió, *destellos de historia*. El lugar de la escena ofrece la posibilidad para la complementación y la transformación colectiva de la narración compartida, a partir de actos creativos que incorporan la estética teatral y la música “...para ir más allá del abordaje del lenguaje...para llegar a ese punto extremo, el lugar al que parece imposible acercarse con el lenguaje” (Carabello, 2003, p.54).

Así, el teatro espontáneo como abordaje que se sitúa en la conjunción arte – terapia, se vale de elementos propios del arte teatral para contener estas historias que aparecen a veces fragmentadas o atravesadas por lo siniestro. Entre estos elementos encontramos la metáfora, la síntesis poética y el lenguaje corporal, formas de lenguaje que nos comunican con registros inusuales de nuestra experiencia, de los cuales no siempre tenemos conciencia. Para los y las entrevistados/as, el lenguaje corporal, como uno de estos elementos resultó altamente significativo.

7.2.6. El abordaje del cuerpo en el teatro espontáneo desde una dimensión estética y su relevancia en el proceso de superación de la experiencia traumática

Ya en el apartado de presentación de resultados, se hizo alusión a la importancia que tuvo para los y las participantes de las funciones la utilización del cuerpo en el trabajo realizado, ya sea como forma de sentirse involucrado/a de manera íntegra en la experiencia, como forma de facilitar la expresión de los contenidos propios y la comprensión de los otros o como facilitador de la confianza y cohesión grupal.

Respecto a la relación existente entre cuerpo y trauma, se plantea que las consecuencias de una experiencia traumática deben entenderse como un fenómeno

biopsicosocial, ya que sus manifestaciones abarcan de manera multi axial elementos que van desde lo biológico- somático pasando por los trastornos psíquicos hasta aquellos que son de carácter social. El autor Zdzislaw Jan Ryn (1991 citado en Millas y Mondaca, 2002) ha descrito lo que él ha llamado el Síndrome del Sobreviviente, que incluye manifestaciones como la tendencia a la privatización del sufrimiento psíquico y físico, la dificultad en la identificación del propio daño, la sensación de agotamiento generalizado, la presencia de múltiples enfermedades psicosomáticas y el envejecimiento precoz (Millas y Mondaca, 2002). Por otro lado, numerosas investigaciones coinciden en plantear cómo las experiencias asociadas a daño psicológico, como lo es una vivencia traumática, cursan en muchos casos con variadas expresiones somáticas. que se constituyen en la mayoría de las veces como consultas primarias. Entre las que se manifiestan con mayor frecuencia se encuentran el dolor difuso o localizado en el sistema músculo esquelético (normalmente asociado a alteraciones en el ciclo sueño –vigilia), cansancio, parestesias, cefaleas y síntomas de irritabilidad en el aparato digestivo y urinario (Aaron et al., 2000 citado en Millas y Mondaca, 2002).

Estas descripciones ponen de manifiesto la puesta en acción del lenguaje del cuerpo, que denuncia con el síntoma físico lo que la consciencia no es capaz de elaborar, callándolo u ocultándolo y manifestando en representaciones simbólicas el trauma intrapsíquico. Es en este punto que cobra gran relevancia la interdependencia de la díada mente-cuerpo, como unidad dialéctica, capaz de influirse de manera recíproca y por ende susceptible de ser abordada desde ambos planos. Todo lo que ocurre en el ámbito psíquico tiene su correlato en el cuerpo, por tanto todo abordaje que utilice el cuerpo como herramienta terapéutica, tendrá así mismo repercusiones en el plano psicológico.

El teatro espontáneo es congruente entonces con esta mirada totalizadora del ser humano, pero busca además abordarlo desde una dimensión estética y colectiva. Cabe preguntarse entonces cuál es el lugar de este abordaje, que transita en el espacio del “*entre*”, como lo señalan Kesselman y Pavlovsky (1989 citados en Garvelli 2003, p. 49) “entre el teatro y el psicodrama, entre lo artístico y lo terapéutico, entre lo íntimo y lo comunitario”.

7.2.7. La dimensión estética del teatro espontáneo y su capacidad sanadora

Ahondaremos ahora en este tránsito que conecta la terapia con el rito artístico por medio del teatro espontáneo. Su conexión con el arte tiene que ver con la capacidad transformadora del goce estético y de la creación. En este sentido Fiorini (1995 citado en Garavelli, 2003, p.43) plantea que frente al padecimiento humano:

(...) la activación de un sistema creador en el psiquismo será lo que trabaje en el terreno de aquellas capturas, movilice sus objetos arcaicos y los haga entrar en nuevas tramas de sentido... cuando individuos, grupos o comunidades nos consultan no lo hacen sólo para que les digamos qué ocurre, sino también para que podamos contribuir a crear algo diferente con lo que ocurre.

Si entendemos este padecimiento humano bajo el signo del trauma, vemos que las víctimas se experimentan a sí mismas como reviviendo la experiencia traumática una y otra vez. El trabajo terapéutico es entendido entonces como la superación de la repetición de la herida original.

Ruth Leys (s.f. citada en Alalú y Calderón, 2002) en su libro "Trauma, una genealogía", demuestra cómo en el discurso del trauma, el sufrimiento humano es mostrado como un fenómeno de mimesis (imitación), incluso con una cualidad auto duplicadora, es decir se repite a sí misma. En este sentido, la autora comprende la terapia como una *re actuación* de la memoria traumática o como una narrativa del *recuerdo* del evento traumático. Sin embargo, pareciera que esta reactuación toma más la forma de una abreacción catártica (sin conciencia de representación) y el recuerdo se evoca desde una actitud distante y contemplativa del suceso.

¿Cómo lograr entonces que el fenómeno mimético que retorna una y otra vez en experiencia y discurso sea más que una repetición del pasado?, ¿Cómo otorgar una dimensión terapéutica a este fenómeno?

Para responder esta pregunta se hace necesario comprender este fenómeno psíquico denominado *mimesis*. El concepto de *mimesis*, viene del campo artístico, no desde la psicología y era utilizado por Platón enmarcado en el concepto más amplio de *poiesis*, traducido como poesía, y que era utilizado por los griegos para referirse a

todas las artes. Para este filósofo, mimesis y poiesis tienen un origen común. Es decir, el arte sería una mimesis de la realidad. Sin embargo esta mimesis, no es una imitación exacta de la realidad; como sabemos las artes nunca envuelven una reproducción literal de la realidad, es más no todos los elementos son tomados si no sólo aquellos que son significativos para su creador. Implica así un proceso activo e intencionado de este creador.

En el caso del arte dramático, se distingue aun otra cualidad. Dado a que su búsqueda traspasa el plano narrativo, intentando hacer presente algo que no existe, se vale de la escena, en donde el acto dramático sería una mimesis de la acción. Sin embargo esta imitación no es vista como una representación a distancia, sino como un haciendo presente en la escena. En la lógica de Aristóteles, cuando define la tragedia, como una imitación de la acción, se refiere a que, finalmente, lo que se presenta es el mito, es decir la imitación de la forma de la acción haciéndose presente no como algo sujeto al pasado, sino como si estuviese pasando frente a nuestros ojos. Esto tiene un efecto removedor y por ende potencialmente transformador.

Sabemos que nadie muere en el escenario, pero somos afectados por la muerte imaginal. Esto no es un acto mágico, sino más bien es una acción que se da en el modo del “como si”, que es el modo del juego infantil. Este modo de experiencia al igual que el teatro espontáneo, se sitúa en el espacio del “entre”, entre lo real y lo no real, entre ser y parecer, entre estar y no estar. Tiene un poder virtual, una energía que es reactualizada desde la fantasía.

Es en este modo de experiencia, del “como si”, de la fantasía del juego infantil, en donde la espontaneidad o el factor “G” como lo llamó Moreno, otorgándole también una cualidad energética, opera en nuestro dominio existencial. Esta idea pone de relieve la capacidad resiliente del ser humano, es decir la facultad de responder de una manera creativa y enriquecedora a experiencias complejas. El arte y en este caso el arte dramático, brinda un escenario perfecto para esta alternativa. Es por esto que es en este escenario donde se puede generar un proceso mimético terapéutico y reparador, es aquí donde este proceso adquiere un poder creativo.

Los y las entrevistados/as señalan en sus relatos cómo la posibilidades de identificación y transformación que brinda le escena, el *“haber vivido la experiencia como más real”*, genera en ellos efectos removedores y en ocasiones

transformadores. La dimensión estética de la vivencia otorga entonces una nueva cualidad; no se trata de eliminar el trauma, ya que este sería inherente a la experiencia humana, no existe fuera de nuestro ser, por tanto no es posible volver a un estado de pre-traumatización. Lo que ofrece entonces esta dimensión es la purificación del trauma desde un acto poético. Esto es la posibilidad de repetirlo pero de manera diferente, para que el recuerdo del evento me permita ver sus posibilidades. Es en este sentido que debemos entender en el contexto terapéutico la idea aristotélica que afirma que la mimesis de la poiesis trae catarsis. El concepto de catarsis en su contexto original tiene el sentido de purificación, pero no entendido como un acto purgativo, si no como transformativo, en donde es posible convertir las cualidades negativas de la experiencia en posibilidades benéficas.

La poiesis dentro de un contexto terapéutico, significa que mi sufrimiento no es eliminado, sino que se le da un significado y un valor a través del acto transformativo de la imaginación poética. (Alalú y Calderón, 2002, p. 9)

7.2.8. Salud Pública y el abordaje del trauma desde la perspectiva del teatro espontáneo

Toda esta reflexión lleva a preguntarse respecto de otro de los hallazgos interesantes de la investigación, relacionada con la capacidad sentida por el profesional de salud mental del CESFAM Cobquecura, para trabajar los contenidos relativos al trauma al interior de su equipo. Como se ya se esbozó en el apartado de resultados, para este profesional resulta complejo generar acciones reparatorias dirigidas a su grupo de trabajo e, incluso, si pensamos que la población general manifiesta también la falta de acciones reparatorias, se podría deducir que esta institución, que si bien funcionó en la contención de la emergencia, no ha tenido el mismo efecto en cuanto a la reparación de la población en términos psicosociales.

La reflexión gira acá en torno a cómo es entendido desde la salud pública el trabajo de los profesionales que debiesen abordar esta temática. Es decir, desde una estructura social que favorece el individualismo y la actitud pasiva de la población, no es raro que el rol del profesional de salud sea entendido en términos mesiánicos, como quién debe hacerse cargo del drama que trae cada individuo y otorgar la solución desde una posición de experticia, generalmente ligado a la medicalización del

tratamiento, replicando las relaciones de dependencia. Sin duda sobrellevar este rol es tremendamente desgastador y frustrante, por tanto la hipótesis es que nuevamente resulta más adecuado que un externo venga a hacerse cargo de la problemática.

Sin embargo, si el trabajo de reparación psicosocial es entendido como se plantea dentro del marco de esta investigación, como una tarea colectiva, desde y para la comunidad, en donde esta es la protagonista de su drama y del acto de transformación, quizás la tarea de los profesionales se vuelva mucho más llevadera. Esto no significa que los profesionales y el sistema de salud no tengan cabida en esta tarea, sino por el contrario, el sistema debiese brindar las capacidades tanto técnicas como organizativas para que esta tarea pueda ser llevada a cabo por la comunidad. En este sentido, las acciones de capacitación continua, la instauración del modelo de salud comunitario, con un conocimiento exhaustivo y una cercanía real de los profesionales con su comunidad, el empoderamiento de la comunidad respecto a su salud y autocuidado y el refuerzo insistente en la reconstrucción del entramado social basado en vínculos de confianza, colaboración y reconocimiento mutuo, son factores fundamentales.

En este encuentro con la poiesis hay que sacar la terapia del consultorio al mundo. El sufrimiento social sólo puede ser superado por la práctica del duelo y la celebración comunal... es en nuestro ser en común en donde nosotros reconocemos nuestro sufrimiento y nuestra esperanza. (Alalú y Calderón, 2002, p.10)

El sentimiento de abandono desde esta concepción no tendría cabida, la necesidad de la población de contar con instancias como las brindadas por la función de teatro espontáneo requerirían ser abordadas como un modelo de acompañamiento externo en las primeras etapas de la fase de normalización, enmarcándose dentro de un proceso de trabajo y no como una intervención aislada, hasta que la comunidad desarrolle la capacidad de contenerse a sí misma y en este sentido continuar con su propio proceso de resignificación y búsqueda de nuevos y múltiples sentidos para la experiencia vivida.

VIII. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Se presentan a continuación las reflexiones finales a las que ha dado lugar esta investigación, a partir del análisis de los resultados en integración con la discusión teórica que se ha desarrollado.

Para esto se enumeran siguiendo una lógica de continuidad, pasando desde el análisis de la respuesta de país frente a la catástrofe para llegar a describir finalmente las contribuciones que la metodología de teatro espontáneo podría presentar, en cuanto intervención psicosocial con enfoque comunitario, para el abordaje de la reparación psicosocial de la población afectada en la etapa de normalización.

Ni el Estado a través de sus instituciones, ni la ciudadanía han generado una respuesta que contemple acciones reparatorias efectivas en términos psicosociales para la población afectada. De esta manera, las víctimas resultan doblemente dañadas, produciéndose un fenómeno de victimización secundaria.

Uno de los aspectos en que el Estado y particularmente las carteras de Hacienda y Salud han fallado es precisamente en la integración de los planes de abordajes de catástrofes, en todos sus aspectos, dentro de las políticas públicas de Estado. Esto permitiría contar con conocimientos validados a través de estudios y experiencias empíricas, como también con recursos humanos debidamente capacitados, que estén disponibles a la hora de enfrentar situaciones de catástrofes. En el caso del abordaje de las secuelas psicosociales post catástrofe, los profesionales de salud a nivel local, señalan que el Estado en su intento de generar una respuesta a estas necesidades, cumplió un rol más de fiscalizador en cuanto a generar un reporte cuantitativo de la gestión, dificultando así su tarea de acompañamiento directo a la población afectada. En este sentido, desde esta investigación se plantea que el rol fundamental del Estado, en cuanto a la salud psicosocial de la población afectada, se relaciona más que todo con brindar las posibilidades fácticas que permitan un empoderamiento local, en pos de la movilización de sus propios recursos reparadores y protectores. El reconocimiento de la propia comunidad como la protagonista de sus procesos, y la validación de sus discursos y sabidurías, requiere necesariamente la descentralización de las decisiones, (tanto técnicas, organizativas y de destinación de los recursos), así como del control de la gestión. Por tanto la capacitación de los recursos humanos en esta

temática, debe ser constante y no acciones aisladas que responden a una contingencia.

En términos de estructura social, uno de los principales flagelos que obstaculizarían un mejor afrontamiento de la sociedad a las consecuencias de una catástrofe, tiene que ver con la disolución de los vínculos sociales, en donde las comunidades, dado los grados de desorganización y desconfianza, no logran movilizar sus propios recursos, quedando relegados a un rol pasivo, en espera de que otros depositen en ellos las soluciones.

Entendemos para esta investigación que la vivencia de una experiencia traumática, como lo es el evento del 27-F, traerá secuelas psicosociales que en todo caso son esperables en una gran parte de la población afectada. Si bien estas secuelas se pueden agrupar bajo una categoría diagnóstica, generalmente descrita como *Síndrome de Estrés Post Traumático*, esta investigación postula que el abordaje debe ser necesariamente desde un enfoque comunitario, específicamente focalizado en la reconstrucción de la memoria colectiva, desde la búsqueda de nuevos sentidos, un trabajo de resignificación, en donde toda la comunidad involucrada tiene un rol activo en dicho proceso.

Uno de los hallazgos fundamentales es constatar en los grupos con los que se trabajó, la necesidad sentida de contar con acciones reparatorias. En este sentido, el espacio otorgado por la función del teatro espontáneo es percibido como terapéutico, en la medida que se constituye como propicio para generar un proceso colectivo de búsqueda de sentidos para la experiencia traumática y reconstrucción de la memoria colectiva. De esta manera, tanto desde el análisis de las entrevistas, como desde la discusión teórica, se describen diversos elementos que le otorgan a este abordaje un carácter terapéutico, los cuales se señalan a continuación:

- a) Otorgar un lugar de contención, percibido como protector y propicio para la expresión de las vivencias y sensaciones de los y las participantes de la función.
- b) Generar conectividad, a través de los relatos, dentro de una comunidad, por medio de procesos de identificación que fortalecen el entramado social de la comunidad.
- c) Empoderar a la comunidad situándola desde un rol activo y con capacidad transformadora frente a su realidad, con lo cual se vislumbra la posibilidad de la no repetición de la experiencia traumática.

- d) Otorgar un espacio de escucha terapéutica, en donde todos los participantes como testigos de lo ocurrido, activamente producen nuevos y múltiples sentidos para la experiencia vivida.
- e) El espacio de la función de teatro, en cuanto espacio colectivo, se constituye en un canal de información alternativo, que permite la expresión de aquellas historias que no son “La historia oficial”.
- f) El teatro espontáneo es un abordaje terapéutico que permite acceder a diferentes modos de registros mnémicos, a través de la utilización del lenguaje corporal en una dimensión estética. Esto, además de facilitar la expresión y reconstrucción de los relatos y de la memoria colectiva, permite accionar y modificar ciertas representaciones simbólicas a nivel corporal que tiene un correlato psíquico.
- g) El teatro espontáneo, como abordaje terapéutico que se sitúa en el campo de las artes, permite elaborar la experiencia traumática, entendida esta como la repetición rígida y sin sentido de la herida original, utilizando para esto el goce estético y el acto creativo transformador de la experiencia teatral.
- h) La escena teatral, como un modo de experiencia que se sitúa en el “como sí”, de la fantasía del juego infantil, es un espacio ideal para la activación de la espontaneidad, que sería una característica de la capacidad resiliente del ser humano.
- i) El setting que otorga el teatro espontáneo, en cuanto ritual colectivo, permita un efecto transformador, en la medida que posibilita una vivencia catártica al otorgar reconocimiento y valor social a la experiencia traumática, como real y compartida y al mismo tiempo permite su “purificación” o transformación a través de los múltiples sentidos construidos por la misma comunidad para dicha experiencia.

A modo de síntesis, se postula que el abordaje de teatro espontáneo sería una posibilidad efectiva para trabajar la reparación psicosocial en la fase de normalización, en poblaciones afectadas por la vivencia de una experiencia traumática, sea esta un desastre natural o de otra índole, como violencia organizada, desastres químicos etc.

Se postula desde esta perspectiva, que el objetivo final de esta forma de abordaje, se relaciona con el fortalecimiento y empoderamiento de las comunidades en su proceso de reparación, a través de la construcción de una memoria colectiva que otorgue nuevos sentidos a dicha experiencia. De esta forma, una manera de utilizar esta herramienta, pudiese ser la capacitación a los encargados locales de la salud mental, respecto tanto de sus técnicas así como también y sobre todo de sus

fundamentos y planteamientos en cuanto a cómo se concibe desde la mirada del teatro espontáneo el proceso terapéutico.

8.1. Limitaciones del estudio

Si bien los hallazgos de esta investigación dan cuenta de la utilidad del teatro espontáneo como metodología de abordaje psicosocial con enfoque comunitario para trabajar la etapa de reparación/normalización en contextos de catástrofes, no se puede desconocer que al tratarse de una experiencia aislada, es decir, no enmarcada dentro de un proceso de trabajo, que este contemplado como etapas sucesivas de intervención, podría llegar a ser incluso percibido como un nuevo abandono para quienes participan de esta experiencia. Sin embargo, cabe señalar que en todo momento se planteó frente a la comunidad como una experiencia remitida al ámbito artístico teatral, con el fin de no generar expectativas en cuanto a tratamiento terapéutico.

De todas maneras, se plantea que una intervención planteada como proceso de trabajo, abriría nuevas perspectivas en cuanto a la utilidad y necesidad de adecuaciones para este tipo de abordaje, pudiendo contrastar los efectos de la experiencia a corto, mediano y largo plazo, tanto en el ámbito individual como respecto del soporte social y su contribución a reforzar estos vínculos de confianza y colaboración.

Una intervención con evaluaciones en las diferentes etapas de un proceso, como por ejemplo, etapa de diagnóstico, etapa de reconstrucción psicosocial y etapa de concreción y autogestión de necesidades percibidas permitiría indagar sobre los diversos aspectos en los que los elementos reparadores descritos en la presente investigación, actuarían en el fortalecimiento psicosocial y de qué manera.

8.2. Aportes de la investigación

Una de las principales contribuciones del presente estudio se relaciona con la visibilización de la importancia que adquiere en contextos de catástrofe la cohesión del entramado social de una comunidad para la superación de experiencias traumáticas colectivas. En este sentido, se pone de manifiesto la necesidad de incorporar una mirada comunitaria al actuar de los profesionales de la salud, sobre todo en la

atención primaria, en donde el contacto con la comunidad y con las fuerzas sociales que en ella conviven, debiese ser la principal herramienta de trabajo.

En cuanto al aporte teórico, la descripción de elementos reparadores inherentes a la metodología de trabajo planteada, a saber el teatro espontáneo, basadas en los relatos de quienes vivieron la experiencia después de un evento devastador como fue el terremoto del 27-F, constituye un importante soporte teórico que enriquece la práctica de esta forma de trabajo con grupos y comunidades, otorgándole además especificidad en cuanto recurso terapéutico.

Por otra parte la integración teórica lograda, a partir de entender el fenómeno del trauma como una repetición constante de la herida original y la posibilidad que brindan el arte y en especial el teatro para reactualizar estos recuerdos compulsivos transformándolos en nuevos sentidos de experiencia desde una posición activa del sujeto frente a su padecimiento, abre nuevas aristas a la comprensión clínica del fenómeno y de lo que entendemos por terapia del trauma, es decir, no se trata simplemente de brindar un espacio para buscar las causas de la vivencia traumática en un hecho de la infancia o en una inadecuada adaptación a las nuevas circunstancias, si no de otorgar un lugar en donde situar esta experiencia, revalorizarla desde un sentir común y transformarla desde los múltiples sentidos que trae la creación colectiva basada en lazos de mutua ayuda para la construcción de una nueva memoria autobiográfica e histórica.

IX. BIBLIOGRAFÍA

- Aguiar, M. (1990). *O teatro terapéutico* (1º ed.). Campinas, Sao Paulo: Editorial Papirus.
- Aguiar, M. (1998). *Teatro espontâneo e psicodrama* (1º ed.). Sao Paulo: Editorial Âgora.
- Aguiar, M. (2009). *Teatro de la anarquía* (1º ed.). Santiago de Chile: Editorial Quimantú.
- Alalú, J., Calderón, J. M. (2002). *Terapia, trauma y las artes*. TAE Perú. Extraído en Octubre 10 de 2013 desde http://www.taeperu.org/imaginar/trauma_y_arte.pdf
- Alfaro, J. & Berroeta, H. (2007). *Trayectoria de la psicología comunitaria en Chile: Prácticas y conceptos*. Valparaíso. Chile: Editorial Universidad de Valparaíso. Extraído en Junio 16 de 2013 desde http://www.comunitarios.cl/www/biblioteca-de-documentos/doc_download/111-trayectoria-de-la-psicologia-comunitaria-en-chile.html
- Bados, A. & García, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Extraído en Agosto 13 de 2013 desde www.diposit.ub.edu/.../habilidades%20terapeuticas
- Boal, A. (2002). *Teatro del oprimido: Juegos para actores y no actores* (1º ed.). Barcelona: Editorial Alba.
- Bustos, D.M. (1997). *Actualizaciones en psicodrama* (1º ed.). Argentina: Editorial Momento.
- Bustos, C., Leiva, M., Méndez, M., Moyano-Díaz, E. & Ramos, N. (2010). Mapa exploratorio de intervenciones psicosociales frente al terremoto del 27 de febrero en la zona centro sur de Chile. *Revista Terapia Psicológica*, 2(16), 193-202. Extraído en Septiembre 28 de 2013 desde http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082010000200008
- Castillo, B. (2006). Psicodrama, sociodrama y teatro del oprimido: Analogías y diferencias. *Drama Teatro Revista Digital*. Extraído en Junio 23 de 2013 desde <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=forums&srcid=MDgyMDIxMzY0MzgxMDY2NjI5MDIBMTc2MTA0NDAwNTc1NjI3MzEyMjUBaXp2VWdBc0t2d0VKATIBAXYy>
- Chico Ramos, C., Estrada Vega, M. (2010). *Los relatos de la audiencia de una función de teatro espontáneo. Una aproximación desde la terapia narrativa*. Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Universidad Mayor para optar al

grado académico de Magíster en Ontoepistemología de la praxis clínica. Santiago de Chile.

Cruz Roja Chilena. (2012). *Terremoto Chile 2010: Memoria – A dos años del inicio de la operación*. Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Extraído en Septiembre 23 de 2013 desde http://www.cruzroja.cl/publicaciones/descarga/memoria_OK_final_baja.pdf

De Nicolás y Martínez, L. (1997). Después de los desastres... ¿qué? *Papeles del Psicólogo*, 68, 1-14. Extraído en Septiembre 3 de 2013 desde <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=769>

Evans, D. (1997). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Barcelona: Editorial Paidós.

Fernández Liria, A., Rodríguez, B. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de atención primaria (I): El proceso del duelo. *Revista MEDIFAM*, 3(12), 218-225. Extraído en Agosto 29 de 2013 desde <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n3/dinamica.pdf>

Flores, M. (2009). Teatro espontáneo comunitario. *Revista Campo*, 109, 6-9.

Fonseca Fábregas, E. (1998). *Las formas del círculo. Test proyectivo psicodramático*. Barcelona: Libros en Red.

Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Montevideo: Editorial Tierra Nueva.

Friedler, R. (s.f.). *El teatro playback: Una pasión vislumbrada en Nepal. Un diálogo con Jonathan Fox*. New York: Centre for Playback Theatre. Extraído en Junio 20 de 2013 desde <http://www.playbacktheatre.org/wp-content/uploads/2010/04/Friedler-Un%E2%80%A6.pdf>

Garavelli, M. E. (2003). *Odisea en la escena: Teatro espontáneo* (1º ed.). Córdoba: Editorial Brujas.

Garcías Vera, M. P., Labrador, F.J. & Larroy, C. (2008). *Guías de autoayuda y pautas de intervención psicológica de la Universidad Complutense de Madrid tras los atentados del 11-M*. Clínica Universitaria de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. Extraído en Agosto 20 desde <http://www.ucm.es/estres/ayuda-victimas>

Instituto de Vivienda. (2010a). *(Plan de) reconstrucción: Opinión del Instituto de la Vivienda*. Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad de Chile. Extraído en Agosto 16 de 2013 desde <http://invi.uchilefau.cl/index.php/plan-de-reconstruccion-instituto-de-la-vivienda/>

Instituto de Vivienda. (2010b). *De la emergencia a la reconstrucción: Las propuestas del gobierno*. Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad de Chile.

Extraído en Agosto 16 de 2013 desde http://vivienda.uchilefau.cl/extension/pdfs/10-08-10_emergencia.pdf

Marineu, R. (s.f.). *Jacobo Levy Moreno*. Buenos Aires: Editorial Hormé.

Maykut, P. & Morehous, R. (1994). *Beginning quialitative research-A philosophic and practical guide*. London: Editorial Falmer Press.

Millas, L. & Mondaca, M. (2002). El cuerpo en la intersubjetividad del trauma. *Paisajes del dolor, senderos de esperanza. Salud mental y derechos humanos en el Cono Sur* (pp. 273-281), Buenos Aires: CINTRAS. Extraído en Agosto 16 de 2013 desde

<http://www.cintras.org/textos/reflexion/r30/el%20cuerpo%20en%20la%20inter.pdf>

Minoletti, A. (2010). *Sistematización de la experiencia de protección y cuidado de salud mental de la población afectada por el terremoto y maremoto del 27 de febrero de 2010 en las regiones V a VIII de Chile*. Santiago de Chile: OPS/OMS.

Montero, M. (1984). La psicología comunitaria: Orígenes, principios y fundamentos teóricos. *Revista latinoamericana de Psicología*, 3(16), 387-400, Bogotá, Colombia: Ed. Fundación Universitaria Konrad Lorenz.

Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos* (1º ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Moreno, J.L. (1966). *Psicoterapia de grupo y psicodrama: Introducción a la teoría y la praxis* (1º Ed.). México: Editorial Fondo de Cultura Económica.

Moreno, J.L. (1993). *Psicodrama* (6º ed.). Buenos Aires: Editorial Lumen.

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS. Extraído en Septiembre 8 de 2013 desde http://www.counselingamericas.org/pdf/libros/03_LibroProtecciondeLaSaludMental.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Protección de la salud mental luego del terremoto y tsunami del 27 de febrero de 2010 en Chile: Crónica de una experiencia*. Santiago de Chile: OPS. Extraído en Agosto 19 de 2013 desde <http://www.paho.org/chi/images/PDFs/terremoto-101125094619-phpapp02.pdf>

Páez, D., Fernández, I. & Beristain, C. (2001). *Catástrofes, traumas y conductas colectivas: Procesos y efectos culturales*. Departamento de Psicología Social y Metodología, Universidad del País Vasco. Extraído en Agosto 10 de 2013 desde http://www.contralatortura.org/uploads/f1adbb_161037.pdf

- Parker, I., Banister, P., Burman, E., Taylor, M. & Tindall, C. (2004). *Métodos cualitativos en psicología: Una guía para la investigación* (1º Ed.). Guadalajara, México: Editorial Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Pérez Sales, P. (2003). *Reconceptualizar la psicología del trauma desde los recursos positivos: Una visión alternativa*. Extraído en Septiembre 12 de 2013 desde http://www.psicosocial.net/es/centro-de-documentacion/doc_download/106-reconceptualizar-el-trauma-desde-los-recursos-positivos-una-vision-alternativa
- Plan anual de acción municipal 2011. (2011). *Ilustre Municipalidad de Cobquecura*. Extraído en Septiembre 25 de 2013 desde http://www.cobquecura.cl/transpa/planes/plan_acc_mun_11.pdf
- Ponce Rivadeneira, A., Núñez González, M. & Silva Guzmán, A. (2010). Epidemiología del desastre, terremoto/tsunami Región del Maule, 27 febrero 2010. *Revista Chilena de Salud Pública*, 14, 118-132.
- Reportes Estadísticos Comunales. (2012). *Reporte estadístico comunal 2012. Cobquecura/población*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Extraído en Julio 3 de 2013 desde <http://reportescomunales.bcn.cl/2012/PdfPrint.php/Cobquecura/Poblaci%C3%B3n>
- Reyes, G. (2005). *Psicodrama: Paradigma, teoría y método* (1º ed.). Santiago de Chile: Editorial Cuatro vientos.
- Rojas Hernández, J. (2010). Vulnerabilidad social, neoliberalismo y desastre: Sueños y temores de la comunidad desplazada/damnificada por el terremoto/tsunami. *Revista Sociedad Hoy*, 19, 113-140, Departamento de Antropología de la Universidad de Concepción.
- Síntes, R. (2002). *Por amor al arte. Entre el teatro espontáneo y la multiplicación dramática*. Buenos Aires: Editorial Lumen.
- Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo. (2009). *Actualización plan de desarrollo comunal de Cobquecura 2009-2013*. Extraído en Octubre 3 de 2013 desde https://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2F190.98.197.123%2FTransparencia_Cobquecura%2Findex.php%2Fcomponent%2Fdocman%2Fdoc_download%2F526-plandesarrollocomunal2009-2013&ei=txBxUoziPMTOkQfxu4CYBg&usq=AFQjCNHqm5qC-GmoHSrysJYncvO1M4Ik5Q&sig2=ebe-sBnyMu5No-SfQWgTgA

Tribunal del Bío-Bío. (2011, Marzo 10). *Piden plan de intervención en salud mental para zonas afectadas por el terremoto*. Extraído en Mayo 4 de 2013 desde http://www.tribunadelbiobio.cl/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=4383&Itemid=100

Tribunal del Bío-Bío. (2011, Julio 29). *Problemas de salud mental siguen sin resolver tras terremoto del 27 de febrero, refleja nuevo sondeo*. Extraído en Mayo 4 de 2013 desde http://www.tribunadelbiobio.cl/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=4944&Itemid=75

Vital, V. (2009). Construyendo memoria y el lugar del testigo. *Revista Reflexión*, 37, 4-8. Extraído en Octubre 1 de 2013 desde <http://redsaludddh.org/revistas/r37/construyendomemoria2.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: Planificación de Estructura de las Funciones

A.1.1. Función dirigida a Funcionarios de CESFAM Cobquecura

a. Fase de caldeamiento:

a.1 Caldeamiento General:

Obj: Establecer setting y generar clima de confianza y cohesión grupal.

- **Bienvenida a los participantes y presentación del equipo de trabajo “Compañía de Teatro Espontáneo Katrico”**
- **Presentación de los participantes:** Caminata para centrarse en el aquí y ahora, saludándonos con nuestros nombres y una característica personal, acompañada por la música en vivo.
- **Caldeamiento Corporal y afectivo:** Continuando el movimiento grupal, agregamos un contacto corporal, como un abrazo, un choque de hombros, cada vez debe ser diferente. Para finalizar esta etapa, me quedo en pareja y realizamos un ejercicio de elongación/relajación en conjunto. En cada ejercicio voy cambiando de pareja.

a.2 Caldeamiento Específico:

Obj: Acompañar el proceso grupal, en la búsqueda de temáticas y escenas emergentes.

- **Caldeamiento Temático:** Proseguimos la caminata agregando además una pregunta al oído en cada contacto con otro. La pregunta debe tener relación con este grupo y con su historia desde hace 1 año en adelante. Cuando hemos escuchado un buen número de preguntas, buscamos dentro de la sala, un espacio propio para contactarnos con nosotros mismos.
- **Búsqueda de imágenes y escenas:** En este espacio propio imagino el mejor espacio en el que estar y cual es mi necesidad en este espacio, re-escucho las preguntas y me quedo con aquella/s que me han hecho sentido de alguna manera, que han sido significativas para mí. Reflexiono sobre estas y las llevo a mi vida, buscando imágenes, situaciones, momentos de mi vida en que estas preguntas

estuvieron presentes de alguna manera. Vuelvo a esos momentos y los recuerdo. ¿Cómo fueron?, ¿Dónde estaba?, ¿Con quién/es estaba?, ¿Cómo era el lugar?, ¿Qué elementos habían?, ¿Qué pasó en ese momento?, ¿Cómo me sentía yo en ese momento? Lentamente y cada uno a su ritmo, comienzo a distanciarme de ese recuerdo .y a volver a este espacio.

- **Primer espacio de elaboración colectiva:** Una vez de vuelta, me junto con las personas que tengo más cerca, formando 3 grupos. En estos grupos el que desee comparte su historia o sensaciones respecto a esta. A partir de todas estas resonancias, buscamos un concepto que represente lo que compartimos en este grupo.

b. Fase de desarrollo dramático:

b.1 Segundo espacio de elaboración colectiva: Teatro de escultura:

Obj: Devolver al grupo ampliado las temáticas emergentes en los subgrupos, para socializarlas y reelaborarlas desde las resonancias colectivas.

Cada grupo mostrará su concepto en una escultura humana frente al resto del grupo, el cual resonará buscando posibles títulos para esta escultura. Finalmente el grupo que presenta comunicará al grupo amplio el concepto trabajado.

b.2 Tercer espacio de elaboración colectiva: Teatro Debate:

Obj: Estimular la reflexión y reelaboración dramática de los emergentes grupales.

La directora invita a todo el grupo a pasar a la experiencia de teatro debate, estimulando la conversación fluida sobre lo trabajado hasta este momento y mediando el debate por las escenas realizadas por la compañía de actores.

C. Rito de cierre:

Obj. Espacio de cierre colectivo para la experiencia vivida.

A.1.2. Función dirigida a usuarias de CESFAM Cobquecura, que participan de un espacio grupal para mujeres con diagnóstico de depresión.

a. Fase de caldeamiento:

a.1 Caldeamiento General:

Obj: Establecer setting y generar clima de confianza y cohesión grupal.

- **Bienvenida a las/os participantes y presentación del equipo de trabajo “Compañía de Teatro Espontáneo Katrico”**
- **Presentación de los participantes:** Ubicándonos en un círculo, cada participante dice su nombre y ofrece un regalo para este grupo que conformamos hoy en relación a lo que esperamos que sea este espacio para mí y para mi grupo.
- **Caldeamiento Corporal y afectivo:** Acompañados por la música, formamos un túnel humano, dentro del cual cada participante va pasando individualmente, mientras el resto del grupo, que forma el túnel, va diciéndole frases amorosas y de cuidado al oído. Al terminar el túnel las dos últimas personas reciben al participante con un abrazo de contención. Posteriormente nos juntamos en pareja y nos regalamos un masaje mutuo, guiado por una de las actrices de la compañía.

a.2 Caldeamiento Específico:

Obj: Acompañar el proceso grupal, en la búsqueda de temáticas y escenas emergentes.

- **Caldeamiento Temático:** Buscamos dentro de la sala, un espacio propio para contactarnos con nosotros/as mismos/as y realizar una experiencia de imaginiería guiada por otra de las actrices de la compañía y acompañada de música ejecutada por el resto de los actores.
- **Búsqueda de imágenes y escenas:** En este espacio propio constato cuales son las sensaciones, que resuenan en mí luego de la experiencia anterior. Me quedo con aquella/s que me han hecho sentido de alguna manera, que han sido significativas para mí. Reflexiono sobre estas y las llevo a mi vida, buscando imágenes, situaciones, momentos de mi vida en que estas sensaciones han estado presente de alguna manera. Vuelvo a esos momentos y los recuerdo. ¿Cómo fueron?, ¿Dónde estaba?,

¿Con quién/es estaba?, ¿Cómo era el lugar?, ¿Qué elementos habían?, ¿Qué pasó en ese momento?, ¿Cómo me sentía yo en ese momento? Lentamente y cada uno a su ritmo, comienzo a distanciarme de ese recuerdo .y a volver a este espacio.

b. Fase de desarrollo dramático:

b.1 Espacio de elaboración colectiva: Teatro Play Back:

Obj: Devolver al grupo ampliado las temáticas emergentes, para socializarlas y reelaborarlas dramáticamente desde las resonancias colectivas.

La directora invita a todo el grupo a pasar a la experiencia de teatro Play Back, en donde estimulará a las/os participantes a pasar al lugar de la narración para entregar las historias de este grupo a la compañía de actores quienes las irán poniendo en escena. Gradualmente se estimula a la audiencia a salir a ocupar el rol de actores/actrices, resignificando sus propias historias en escena.

c. Rito de cierre:

Obj. Espacio de cierre colectivo para la experiencia vivida.

ANEXO 2: Cuestionarios de Entrevistas

A.2.1. Entrevista a la Comunidad

I. Datos Relevantes:

1. Nombre:

2. Edad:

3. Domicilio:

4. Ocupación:

5. Eº Civil:

6. Nº Hijos:

7. Nº personas que viven en el hogar y parentesco:

II. Respecto de su experiencia con la catástrofe

1. ¿Podrías contarme en qué y cómo cambió tu vida después del terremoto del 27 de febrero de 2010?

2. ¿Qué daños causó para usted o cómo le afectó el terremoto del 27 de febrero?

4. ¿Ha recibido atención psicológica después de esta fecha? ¿Cuál, dónde y por cuánto tiempo?

5. ¿Cuáles han sido sus sentimientos/ pensamientos más frecuentes en relación al terremoto del 27 de febrero, durante este tiempo?

6. ¿Experimentó alguna sensación corporal extraña luego del terremoto?

7. ¿Qué dificultades en su rutina diaria ha experimentado luego del terremoto del 27 de febrero?

8. ¿Cree que alguna de estas sensaciones, pensamientos son compartidos por el resto de su comunidad?

7. Desde que viviste esta experiencia, ¿Qué cosas ha deseado que sean distintas?

9.¿Cree que algunos de estos sentimientos, pensamientos o sensaciones corporales aparecieron en usted o en el grupo durante la actividad realizada? ¿Cuáles y en qué momento?

10. ¿Qué le pasó a usted cuando pudo ver esos contenidos representados?

III. Respetto de su participación en la actividad:

1. ¿Cómo se sintió usted participando de esta actividad?

2. ¿ Nota algún cambio respecto de estos pensamientos, sentimientos o sensaciones corporales durante o luego de esta actividad? (gestualidad, ocupar discurso del entrevistado)

3. ¿Qué momentos de la actividad fueron importantes para ti ¿

4. ¿Cómo siente que fue haber compartido con sus vecinos, amigos , familia, esta experiencia?(preguntar por momentos o ejercicios específicos)

5. ¿Había participado antes de alguna actividad para compartir su experiencia pensamientos y sentimientos respecto al terremoto con otras personas? ¿Cuáles?

6. ¿podría describir diferencias entre esa experiencia y esta??

7. ¿siente usted que el contactarse físicamente y emocionalmente con los otros participantes le ayudó a expresar sus sentimientos? ¿Cómo?

8. ¿Cómo se sintió al narrar su historia?
9. ¿Qué le paso a usted al ver su historia representada, podría describirlo?
10. ¿Qué le pareció que hubiese música en vivo?
11. ¿Qué le pareció que hubiesen actores?
12. ¿Cómo se sintió con el director?
13. ¿Qué le pareció poder participar como actor /espectador?
14. ¿Qué le pareció ver sus historias en escenas?

A.2.2. Entrevista a Profesionales

I. Datos Relevantes:

2. Nombre:
3. Edad:
4. Domicilio:
5. Ocupación:

II. Respetto del Proceso con el Grupo:

1. ¿Puedes referirte a la relación que tienes con este grupo?
2. ¿Cómo podrías describir la sintomatología de esta comunidad en relación a la vivencia del 27 de febrero de 2010?
3. ¿Se ha trabajado terapéuticamente la vivencia traumática de la catástrofe y de qué formas?
4. ¿A tu parecer, cuáles son los aspectos terapéuticos necesarios de trabajar con esta comunidad?

III. Respetto de la Participación en la actividad de Teatro Espontáneo:

1. ¿Qué acercamiento tienes a las técnicas de Teatro Espontáneo?
2. ¿Cómo te sentiste durante tu participación en el taller?
3. ¿Qué momentos fueron significativos para ti y para la comunidad de la experiencia vivida y porqué?
4. ¿Qué aspectos de la experiencia según tu opinión pudiesen haber tenido una función terapéutica en esta comunidad?

5. ¿Qué diferencia, respecto de la función terapéutica, crees que presenta esta metodología en comparación con las otras intervenciones que se han realizado?

6. ¿Qué te parece que se utilicen técnicas que implican el cuerpo en movimiento y en contacto?

7. ¿En qué aspectos crees que esto pudiese haber sido terapéutico para la comunidad?

8. ¿Que te parece que se utilicen escenas para trabajar los contenidos emergentes de la comunidad?

9. ¿En qué aspectos piensas que esto pueda haber sido terapéutico para la grupalidad?

10. ¿Qué te parece la utilización de la música durante la sesión?

11. ¿En qué aspectos piensas que esto pueda haber sido terapéutico para la grupalidad?