



RE-CORDIS. Memoria y Emoción tras las Rejas. Trauma. Arteterapia y Danzaterapia. Salud Mental en Prisión (1ª parte)

Ruth Miras-Ruiz¹

Recibido: 28 de mayo de 2018 /Aceptado

Resumen. En este artículo se describe el proyecto Re-Cordis. Memoria y Emoción tras las rejas, que forma parte del proyecto de investigación ALETHEIA. Arte, arteterapia, trauma y memoria emocional, de la Universidad Complutense de Madrid. El Objetivo principal del proyecto es: proveer de un espacio creador y terapéutico, seguro y contenedor, que permita nuevas experiencias relacionales y la exploración emocional a través del movimiento y de la creación artística, y que contribuyan a paliar los efectos del trauma psíquico, a través de los procesos creadores. Proponemos el desarrollo de una investigación-acción, a través de la intervención, desde la arteterapia y la danzaterapia, con hombres adultos, diagnosticados de enfermedad mental severa, internados en el Centro Penitenciario Madrid 3 y que forman parte del programa integral de atención a enfermos mentales (PAIEM), del Ministerio del Interior.

Palabras Clave: Arteterapia; danzaterapia; trauma; psicosis; memoria emocional; prisión

[en] RE-CORDIS. Memory and Emotion Behind bars. Trauma. Art therapy & Dance therapy. Mental health in prison (First Part)

Abstract. This article describes the Re-Cordis. Memory and Emotion behind bars project, which is part of the ALETHEIA. Art, art therapy, trauma and emotional memory, project, at the Complutense University of Madrid. The main objective of the project is: to provide a safe and secure therapeutic space, which allows new relational experiences and emotional exploration through movement and artistic creation and that contribute to mitigate the effects of psychic trauma, through the creative processes. We propose the development of an Action Research, through intervention, from art therapy and dance therapy, with adult men, diagnosed with severe mental illness, interned in the Madrid 3 Penitentiary Center, and part of the comprehensive program of care for the sick Mental Health Services (PAIEM), of the Ministry of the Interior.

Keywords: Art therapy; dance therapy; trauma; psychosis; emotional memory; prison

Sumario. 1. Introducción. 2. Salud mental en prisión. 2.1. La cuestión de la Patología Dual. 2.2. Trauma Temprano y Psicosis. 3. Diseño de Intervención. 3.1. Objetivos. 3.2. Encuadre. 3.3. Participantes. 3.4. Metodología. Actividades realizadas. 4. Método de Investigación. 5. Primeros Indicadores y Prospectiva. 6. Referencias

Cómo citar: Miras-Ruiz, R. (2018). RE-CORDIS. Memoria y Emoción tras las Rejas. Trauma. Arteterapia y Danzaterapia. Salud Mental en Prisión, en *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación para inclusión social* 13, 2018, 33-52.

¹ Arteterapeuta– Terapeuta Artística. Artista Multidisciplinar. Docente
e-mail: arteyprocesoruthmiras@gmail.com

1. Introducción

*El Recuerdo vagabundo
deambula por las calles de mi cuerpo
agarrándose en mi pecho
sediento de mi
bebiendo de una vida que no le pertenece.
En este recordar,
el Pasado
vuelve a ser Ahora...
continuo devenir de emociones rotas y fosilizadas.*

Rumi-Ruh (2013)

El proyecto *Re-Cordis*, toma, para su nombre, dos vocablos procedentes del latín destinados a designar el recuerdo: *re* (de nuevo) y *cordis* (corazón), que aludirían, juntos, a un asunto del corazón y que vendría a ser algo así como: de nuevo en el corazón, o *volver a pasar por el corazón* (Galeano, 1993). Algunas de las antiguas civilizaciones como los egipcios, griegos o romanos, situaban las emociones, los sentimientos, la memoria y la inteligencia en el corazón (El-Sahilli, 2015). De alguna manera, por muy errática que fuera esta creencia, existe en ella una conexión que nos lleva a pensar en una mente o cerebro emocional, que rige procesos diferentes a los del cerebro racional. Quizás esta mente, que ellos situaban en el corazón, aluda precisamente a la memoria implícita, esa memoria que no se viste de recuerdos concretos y explícitos, sino que más bien se disfraza de olvido y recorre las calles del cuerpo, como un vagabundo invisible recorre las calles de las ruidosas y aceleradas ciudades, sin que apenas haya testigos de este deambular, de esta presencia, ya que todo el sistema está concentrado en huir hacia delante, en coronar un futuro, aún lastrado, por el peso de un pasado... que siempre *vuelve a ser ahora*. La huella de las experiencias pasadas nos acompaña a cada paso dado y podríamos decir, como versa el poema, que la huella traumática es un *continuo devenir de emociones rotas y fosilizadas*.

Re-cordis alude a la **memoria emocional**, a la **memoria implícita**; al “olvido traumático”, al especial procesamiento de la emoción y la memoria, tras las huellas, tras las rejas de las experiencias traumáticas, que no son procesadas de forma consciente, no se recuerdan explícitamente, de forma coherente, como una historia continua; su huella se percibe a través de sensaciones somato-corporales y emociones desbordantes, que no se corresponden con la lógica del momento presente, sino con una experiencia angustiante, que no se recuerda o se recuerda de forma fragmentada. Podríamos definir la memoria emocional como aquella que almacena y recupera la información relacionada con la emoción y está regulada por la amígdala, que genera cambios en el sistema nervioso autónomo y produce las alteraciones fisiológicas que acompañan a las emociones. (Schacter, 1992; Damasio 2018).

El trauma supone una muerte psíquica desde la que hay que volver a *re-nacer*. Pero en ese renacer se accede al mundo con una nueva huella, una nueva marca (Lacan, J. 2006) que constituye de manera diferente para siempre y hace necesario significarse de nuevo. El olvido traumático es como el olvido del recién nacido, que no recuerda la dimensión de la vida intrauterina, pero ésta permanece inscrita en él. Para Cirulnyk (2016) el traumatismo es una sideración, una detención del pensamiento,

una agonía, una muerte psíquica, y refiere que al hacer algo con el sufrimiento, el *monstruo* se desvanece, pero si se guarda en silencio, ese sufrimiento monstruoso puede llegar a invadir todas las esferas de la vida. La herida del trauma sigue viva mucho tiempo después de los acontecimientos que lo provocaron; sostiene Cyrulnyk que si se logra comprender, entonces se puede transformar esa herida en algo valioso como el arte o el compromiso social. Mientras tanto las personas víctimas de experiencias traumáticas permanecen **prisioneras** del pasado y todo lo que acontece en sus vidas evoca a la herida y “convoca al monstruo”.

En el proyecto *Re-Cordis. Memoria y Emoción tras las rejas*, proponemos el desarrollo de una investigación-acción, a través de la intervención, desde la arteterapia y la danzaterapia, con hombres adultos, diagnosticados de enfermedad mental severa, internados en el Centro Penitenciario Madrid 3 y que forman parte del programa integral de atención a enfermos mentales (PAIEM), del Ministerio del Interior.

Apenas han pasado cuatro meses desde que comenzamos este proyecto, por lo que a lo largo de este artículo expondremos los puntos de partida y la propuesta inicial de intervención, que se irá reconfigurando en función de las necesidades y de los indicadores que se vayan detectando a partir del proceso terapéutico, a lo largo de los próximos meses, y cuyos resultados serán recogidos en una próxima publicación.

2. Salud mental en prisión

La *salud* ha dejado de ser un derecho y ha pasado a ser un privilegio, esta cuestión se hace aún más evidente si nos referimos al ámbito de la *salud mental*. Existen determinados factores, de carácter socio-económico, que implican un mayor riesgo de sufrir privación de libertad, si se padece una enfermedad mental grave. Actualmente los centros penitenciarios hacen las veces de instituciones psiquiátricas de larga estancia; las prisiones españolas cuentan ya con un elevado porcentaje (al menos un 25%, según el Ministerio del interior 2006) de población con graves trastornos mentales (trastornos psicóticos, trastornos de personalidad y patología dual). La drástica disminución de recursos destinados al ámbito de la salud mental, es directamente proporcional al aumento de la enfermedad mental en los centros penitenciarios. Esta evidenciada carencia ha convertido a las prisiones en pseudo-psiquiátricos, que no se ajustan, ni remotamente, a las necesidades de los individuos que sufren una enfermedad mental. Esta compleja e ineludible realidad ha llevado a la dirección general de Institución Penitenciaria, a través del Ministerio de Interior, a crear un programa específico de salud mental: el “Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales” (PAIEM). El programa tiene un enfoque biopsicosocial y es llevado a cabo por un equipo multidisciplinar compuesto por personal sanitario: médico, personal de enfermería y psiquiatra, psicología y también por educadores y trabajadores sociales.

Es en este programa de actuación en el que desarrollamos nuestro proyecto *Re-Cordis. Memoria y Emoción tras las Rejas*, intervención en Trauma Psíquico a través de la Arteterapia y la Danzaterapia, dentro del marco del proyecto de investigación *ALETEHIA. Arte, arteterapia, trauma y Memoria Emocional*, de la Universidad Complutense de Madrid.

Podemos presuponer que la vida en prisión, la privación de la libertad, para cualquier persona, puede ser una experiencia sumamente angustiante y que podría ser consecutiva de trauma psíquico; si a esto le sumamos el agravante del factor de la

enfermedad mental, estaremos, probablemente y en muchos casos, ante una situación de retraumatización.

Nos encontramos aquí con lo traumático como origen y como destino. Pensemos en un recorrido desde el presente al pasado, un recorrido tras las huellas de lo traumático:

1. Si partimos del momento presente, observamos, in situ, la experiencia traumática que supone vivir privado de libertad, en un régimen disciplinario rígido y con una férrea jerarquía, que sume a los internos en una posición casi de inexistencia en lo referente a la toma de decisiones y de ejercicio de la voluntad; y por lo tanto, la propia experiencia de existir, con una identidad cohesionada, se torna en una lucha, tanto intrasubjetiva como intersubjetiva, en la que los propios recursos creativos quedan reducidos a los mínimos requeridos para la supervivencia en un medio potencialmente hostil.
2. Por otro lado, algunos autores refieren que es posible llegar a desarrollar trastorno de estrés postraumático (TEPT.) como resultado de la propia experiencia psicótica. La quiebra psicótica supone en sí misma una experiencia traumática, que deja huellas indelebles en el psiquismo de la persona.
3. Por último, aludimos al trauma como base, al trauma original, posible desencadenante de otras situaciones retraumatizantes (incluida la de llegar a ingresar en un centro penitenciario con una enfermedad mental, o incluso que ésta se desencadene dentro de prisión) hemos de atender a las experiencias tempranas, al trauma temprano como configurador de una historia de vida regida por el sufrimiento.

Veamos a continuación dos temas que son relevantes dentro de la cuestión que nos ocupa y que hemos de atender en el diseño e implementación de nuestra intervención, estos son: la elevada prevalencia de la patología dual en prisión y la comorbilidad entre trauma temprano y psicosis.

2.1. La cuestión de la Patología Dual

Distintos estudios describen el perfil de paciente psiquiátrico que es encarcelado con mayor frecuencia, este es el de varón joven, de escasos recursos económicos, con enfermedad mental grave (especialmente trastornos psicóticos) y con comorbilidad adictiva. Suele ser un perfil reincidente, con escaso seguimiento médico y con mala adherencia al tratamiento, cuestión que agrava los síntomas (Ministerio del Interior, 2006; Marín-Basallote et al., 2012; Fuentes M., Fernández E., 2016). Los estudios muestran que el consumo de drogas es uno de los factores principales que conducen, a las personas con enfermedad mental grave, a cometer delitos y reincidir, lo cual los destina a un recorrido circular de entrada y salida de prisión. La descompensación psicótica no es la cuestión relevante para la comisión de delitos, sino el trastorno por consumo comórbido. El estigma de la enfermedad mental se ve agravado por cuestiones como la asociación de enfermedad mental con violencia. En los diferentes estudios consultados se concluye que la comorbilidad adictiva es un factor precipitante de los episodios de violencia, y no tanto la propia patología en sí misma.

Ahora bien, desde nuestro punto de vista, entendemos que tanto la sintomatología psicótica como el consumo de sustancias, vienen a ser la defensa de un *self* frágil,

fragmentado y que experimenta con terror el miedo a la disolución. Entendemos el consumo, no sólo como conducta desadaptativa, sino como un síntoma más, que junto a otros síntomas como los delirios y alucinaciones, cumple una función de preservación, aunque supongan un elevado coste en la vida de la persona. El consumo de drogas supone una anestesia, la construcción de un espacio-tiempo para el olvido, un refugio, una posibilidad de ganarle la mano a la angustia y a las emociones desbordantes, procedentes en gran medida, de experiencias traumáticas. Y es posible que las drogas consigan mitigar, durante algún tiempo, el miedo, el dolor, la soledad, el vacío, pero como afirma Miller (2005):

“las emociones desterradas consiguen abrirse paso de nuevo y atacar el cuerpo [...]. Pero los auténticos sentimientos de carencia, de abandono y de ira provocan pánico por lo que han de combatirse de nuevo (con la droga)” (P. 138)

En la psicosis, no hay contención, el *yo* está fragmentado, desorganizado, no hay límites, no hay bordes que lo contengan (Lacan, J. 2006); el cuerpo habla de la captura en el dolor, la huella del trauma está especialmente viva y el consumo cumple la función de silenciar el cuerpo y el *discurso* de sus síntomas.

El ser humano nace predispuesto a la vida, al desarrollo, a la evolución y a la integración. Estamos dotados y programados genética y corporalmente, para vivir y sobrevivir; la *pulsión de vida* nos impulsa hacia adelante, incluso antes de tener conciencia de existir y de ser alguien con identidad y con rostro propio, más allá de las necesidades primarias, más allá de las frustraciones y satisfacciones de estas necesidades, más allá del *rostro de la madre* (Ferenczi, 1984; Winnicott, 2000).

“Para producir una psicosis, se necesitan enormes fuerzas antagónicas a la integración, sostenidas durante bastante tiempo, sin que sean contrarrestadas por factores de protección suficientemente potentes. Pero el tipo de vivencias que llevan a la psicosis (o a un trastorno mental grave) son de tal grado de intensidad, dolor inabarcable e infabilidad...” (Tizón, 2013; p. 15)

Nos preguntamos por estas fuerzas antagónicas y por los factores de protección ausentes a los que alude Tizón, lo cual nos lleva al siguiente punto, que planteábamos más arriba, este es: la relación entre trauma temprano y enfermedad mental, la comorbilidad entre trauma temprano y psicosis.

2.2. Trauma temprano y Psicosis

En la revisión de estudios que hemos realizado, sobre la comorbilidad entre experiencias traumáticas en la infancia y la aparición de la psicosis en la etapa adulta, encontramos que existe una alta prevalencia del trauma infantil en pacientes del espectro psicótico. Esta cuestión ha llevado a los investigadores a plantear estudios desde la hipótesis de cómo factores tales como el maltrato, la deprivación afectiva y el abuso sexual pueden ser nucleares en el desarrollo de trastornos psicóticos (Van Os et al., 2005). Una exposición continuada al trauma en la infancia, da lugar al trauma acumulativo (Khan, 2005) o al trauma complejo (Herman, 2004), que

infiere directamente sobre el desarrollo y estructura de la personalidad, predisponiendo a la aparición de la psicopatología. Diversos autores han encontrado, en pacientes psicóticos, una alta prevalencia de abuso físico y sexual en la infancia y también una importante relación entre estas experiencias traumáticas y los síntomas positivos, como los delirios o alucinaciones. (Agar et al., 2003; Beck y Van der Kolk, 1987)

Se recoge en diversas publicaciones, (Nijenhuis, E., van der Hart, O. & Steele, K., 2011; Ogden, P., Minton, K. y Pain, C., 2009; Van der Kolk B. 2014) que el trauma psíquico en la infancia da lugar a una especie de paralización de aspectos nucleares del desarrollo psíquico y propicia una estructura defensiva a través de la escisión y la disociación. Respecto a ello Fairbairn (1943), en su explicación de la construcción del psiquismo, habla de la necesidad del infante de preservar la ilusión de la bondad de los padres (amenazantes) y como consecuencia, el niño queda dividido en dos, escindido en dos partes, así la traumatización rompe el hilo de la temporalidad.

El maltrato, la deprivación afectiva o de cuidado representan amenazas intolerables para la existencia de los niños. [...] Cuando el niño no se siente visto, reconocido, amado o bienvenido por su familia o la sociedad, ocurre algo parecido a cuando miramos un espejo y no vemos a nadie, una situación que va acompañada de sensación de deficiencia y de miedo: tal vez yo no sea nada”. (Wellwood, 2001; p. 53)

Cuando *el niño no es bien recibido* (Ferenczi, 1984), el proceso de desarrollo del *Self* queda suspendido, entrecortado, mermado. La falta, lo traumático, dejan al niño en una situación de profunda indefensión; el self queda escindido, con una percepción de desintegración, invadido por el miedo constante a desaparecer y con una construcción del autoconcepto, autoimagen y autoestima gravemente alterados, al carecer de una *base segura*, de modelos vinculares estables, de experiencias de seguridad y confianza, de identificaciones constituyentes de un *Self* cohesionado. Decía Goethe que “el peor de los males que le puede suceder al hombre es que llegue a pensar mal de sí mismo”. Esta alteración en la percepción del sí mismo lleva a la persona a desarrollar una visión alterada del mundo, en la que la sintomatología delirante y paranoide de la psicosis cumple una función de preservación. Según Seligman (2006) los dos grandes ejes que modulan el desarrollo de la psicopatología son la indefensión y el estilo atribucional. En los estudios analizados sobre el estilo atribucional en la psicosis, se ha encontrado que hay una mayor tendencia a realizar atribuciones externas para sucesos valorados negativamente, tendencia que preserva de la experiencia negativa, de la culpa y de la vergüenza.

Por último, abordamos la cuestión de la **Disociación**, dada su íntima relación con las experiencias traumáticas. Van der Kolk (2015), considera la disociación como la esencia del Trauma, y Levine (2013) la define como una forma de defenderse de la experiencia traumática. Desde una perspectiva etológica, la disociación se presenta como un mecanismo defensivo, cuya función sería, bien mantener disponible energía suficiente para poder huir del peligro, bien pasar desapercibido lo máximo posible con el fin de que el agresor deje de poner su atención en la víctima, o bien anestesiarse a la víctima para que el daño infringido por el agresor sea percibido con la menor intensidad posible (Levine, 2016; Scaer, 2001). Pierre

Janet, en sus primeros trabajos propuso la teoría de la disociación patológica en relación al trauma psíquico; entendiendo la disociación como una defensa frente a la ansiedad insoportable generada por las experiencias traumáticas. El trauma impide que las víctimas puedan narrar historias coherentes en palabras, es decir, que puedan realizar el proceso de acceso y recuperación de la memoria y procesar el recuerdo, que permanece inconsciente y es actuado desde lo somatocorporal y lo conductual, como hemos visto en la introducción. El trauma corta la coherencia y la unidad de la experiencia de vida y da lugar a una mente fragmentada; “una parte disociada de la personalidad temporalmente entra en el dominio psicobiológico de otra parte” (Janet, en Howell, 2005). En distintos estudios realizados sobre la relación entre trauma, disociación y psicosis, se ha encontrado que el principal y más frecuente tipo de experiencias traumáticas vividas durante la infancia por personas con trastornos psicóticos, son de carácter interpersonal (abusos físicos, sexuales y privación afectiva); estas personas presentan niveles significativamente severos de disociación en comparación con otras personas que no han padecido tales experiencias traumáticas durante la infancia. La relación entre trauma y disociación en la psicosis es relevante y se encuentra que está directamente relacionada con los síntomas positivos, especialmente con las alucinaciones auditivas (Álvarez, MJ. et al., 2011)

3. Diseño de intervención

Para realizar un primer diseño de esta intervención hemos recurrido a diferentes modelos teóricos y prácticos de intervención en psicotraumatología como los propuestos por : Nijenhuis, E., van der Hart, O. & Steele, K. (2004); Herman, J. (2004); Howell, E. (2005); Odgen, P., Minton, K. & Pain, C. (2009); Lahad, M. (2010); Levine, P. (2013); Mitchell, S. (2014) y Van der Kolk (2015), entre otros. A partir de aquí y a través de las reflexiones surgidas, primero desde el campo teórico, y lo que es más importante, desde la práctica, después de cada sesión, comenzamos a esbozar un modelo de intervención dinámico que vamos ajustando a medida que avanzamos.

En el diseño preliminar del proyecto hemos seguido el modelo por fases, y hemos propuesto 4 fases, entendiendo que estas no son compartimentos estancos, sino espacios amplios y dinámicos, con lindes intercomunicantes. También nos planteamos la no adherencia a una idea rígida de cómo ha de desarrollarse la intervención, puesto que nuestro trabajo consiste precisamente en permitir que aquello que emerge pueda ser transformado y a su vez ser un agente transformador de la realidad de los participantes y por ende de la propia realidad del diseño de intervención.

Las fases que hemos establecido son:

- **Fase I:** el objetivo principal es **favorecer el vínculo terapéutico**. Lo vincular como elemento primordial en el trabajo con trauma. Propiciar un espacio seguro, de contención y desarrollo de la confianza mutua. Establecer un encuadre constante y coherente que permita a los participantes ampliar su capacidad exploratoria y modular los estados de hiper-hipo activación devenidos de las experiencias traumáticas. Hemos propuesto esta fase como una oportunidad para el conocimiento mutuo, para la expresión y la escucha; un ofrecimiento a

estar en el presente, acompañados, mirados y sentidos por un otro (terapeutas y compañeros). Se trataría, en suma, de ofrecer seguridad, contención y confianza, para que sea posible sumergirnos en experiencias de creación y autoconocimiento que, de otro modo podrían resultar amenazantes.

- **Fase II:** Una vez establecido e introyectado el encuadre terapéutico, y a medida que vamos avanzando hacia la posibilidad de establecer un vínculo terapéutico seguro, nos adentraremos en esta segunda fase que consiste en ofrecer herramientas que posibiliten el desarrollo de recursos emocionales, cognitivos y conductuales. Es fundamental que los participantes puedan acceder a una mejor gestión de sus emociones y manejo de los niveles de ansiedad. Esta fase se caracteriza por la utilización de técnicas y herramientas psicoeducativas de carácter cognitivo-conductual, sirviéndonos para ello de las posibilidades que ofrece la creación artística.
- **Fase III:** podría considerarse el centro de la intervención, pero recordemos que no sería posible acceder a ella sin antes haber establecido una “base segura” (Winnicott). Una vez establecido el vínculo terapéutico, reducidos los niveles de ansiedad, ampliada la capacidad exploratoria, etc. podríamos iniciar el trabajo con la memoria, los recuerdos, las historias de vida, para poder detectar los aspectos fundamentales y gracias a esa detección pasar a un proceso de elaboración, resignificación y reconstrucción de un relato coherente de la experiencia traumática. Es prioritario, siempre, tener en cuenta los ritmos de la persona, acompañar, acompasar, sin propiciar exposición al hecho traumático, si la persona no está preparada para hacer algo con él, ya que estaríamos incurriendo en una retraumatización, les estaríamos conduciendo hacia un abismo aún mas insalvable, si cabe.
- **Fase IV:** en esta última fase se evalúan los recursos adquiridos por la persona para seguir hacia adelante con su vida, sin el sostén de las terapeutas. Es una fase que al mismo tiempo implica un duelo y angustia de separación. Momento decisivo en el que se han de poner en acto los nuevos recursos creativos adquiridos, las fortalezas, las capacidades de afrontamiento.

Para hacer el recorrido por estas fases generales proponemos un diseño de las sesiones también en fases. Cada sesión está estructurada en diferentes etapas, flexibles y dinámicas, pero manteniendo siempre los momentos del check-in (recibimiento/inicio) y el cierre, como límites contenedores y favorecedores del proceso creador y de la experiencia exploratoria, dentro de un espacio seguro y contenedor. Trataremos de favorecer la liberación de las capacidades creativas de cada participante, poniendo a su disposición, de forma gradual, un amplio abanico de posibilidades, en lo que a recursos materiales se refiere. Hemos de destacar la presencia, en este proyecto, del trabajo con el cuerpo, a través del movimiento y la voz; dado que la huella de lo traumático está presente a través de manifestaciones somatocorporales que tratan de dar una salida a la energía que ha quedado capturada y que mantiene a la persona paralizada, desconectada de sí misma, de los otros, del mundo, de la vida.

Tabla 1. Fases de Intervención en sesión de Arte-Danza-Terapia.
Proyecto Re-Cordis (Miras-Ruiz, 2017)

| Fase 1 Check-In Grupal | Fase 2 Cuerpo-voz DanzaTerapia Grupal | Fase 3 Creación Plástica Grupal/ Individual | Fase 4 Creación Cuaderno Individual | Fase 5 Cierre Grupal |
|---|---|--|---|---|
| Recepción de los participantes. Inicio en círculo para compartir como ha ido la semana. Observamos aspectos como el estado anímico a través de la voz, la posición corporal, la comunicación analógica y digital, el contacto visual. Esto nos ayuda a detectar elementos importantes y a reflexionar para tomar decisiones respecto al diseño y la propuesta de la sesión. | Trabajo corporal, de movimiento y voz. Utilizamos diferentes técnicas procedentes de distintas disciplinas, especialmente de la Danza Movimiento Terapia y de la terapia Sensorio-Motriz. Damos cabida también a técnicas de respiración, concentración-meditación y relajación. Ponemos énfasis en la importancia de abordar el tratamiento del Trauma, desde el Cuerpo. | Fase central de la sesión destinada a la creación plástica. Se realizan creaciones individuales o/y grupales, en función de las necesidades detectadas (tanto en la sesión anterior como en el inicio de la presente) y en relación a los objetivos establecidos para el grupo y para cada uno de los participantes. | Al finalizar la creación plástica se dedica un tiempo al cuaderno de creación personal, a modo de <i>diario-emocionario</i> . Para ello se utiliza la técnica de fotografía proyectiva, acompañada de la escritura y del color. | El cierre es un momento de suma importancia. Se ponen en común, siempre de forma voluntaria, las creaciones de cada participante y se realizan preguntas abiertas sobre el proceso y la obra de cada uno. Finalmente despedida a través del movimiento y la palabra, de nuevo en círculo. |

3.1. Los Objetivos

Exponemos aquí algunos de los objetivos que hemos establecido durante el diseño del proyecto. Hemos de tener en cuenta que algunos de ellos se irán transformando a medida que el proceso avance. Son objetivos generales y sin duda habremos de atender a las necesidades de cada uno de los participantes, de forma individual, estableciendo objetivos concretos para cada uno de ellos.

Objetivo Principal: proveer de un espacio creador y terapéutico seguro y contenedor, que permita nuevas experiencias relacionales y la exploración emocional a través del movimiento y de la creación plástica y que contribuyan a paliar los efectos del trauma psíquico, a través de los procesos creadores.

Objetivos Generales:

- Favorecer la exploración, la expresión, la comprensión, y la regulación emocional
- Facilitar la ampliación de la conciencia corporal
- Posibilitar la reconstrucción narrativa, corporal y emocional del trauma
- Promover una mayor integración de la identidad

- Favorecer el proceso de simbolización y mentalización
- Mejora de la autoestima y la empatía
- Favorecer la comunicación intrapersonal e interpersonal y la exploración de nuevos modos de relación.
- Potenciar el trabajo grupal con el fin de favorecer la salud psicosocial y la transición hacia la reinserción.

3.2. El Encuadre

La cuestión del encuadre, en este proyecto, es especialmente relevante y compleja, ya que el ámbito penitenciario impone sus propias reglas, a las que hemos de ajustarnos, y que en ocasiones pueden resultar especialmente rígidas y poco favorecedoras para llevar a cabo una intervención arteterapéutica, dirigida a personas con problemas de salud mental. Dadas las particularidades, tanto de los participantes, como del sistema social en el que se encuentran, tratamos de favorecer lo máximo posible la constancia, continuidad y coherencia del encuadre, tanto externo como interno, con el fin de ofrecer una estructura, unos límites claros y bien definidos que posibiliten a los asistentes tener unas referencias claras respecto al espacio, los tiempos, los elementos y la actividad que desarrollan, así como respecto al tipo de relación que es posible establecer con sus compañeros y con las arteterapeutas, dentro de ese espacio terapéutico físico y simbólico.

Respecto al encuadre externo, contamos con un espacio que dispone de los elementos necesarios para el correcto desarrollo de las sesiones, estos son: una sala privada, con mesas y sillas, proyector, pantalla, pizarra, equipo de música, armario cerrado con diversos materiales artísticos. También contamos con una antesala diáfana que utilizamos para las dinámicas de movimiento. Es importante resaltar que observamos como este espacio ha sido introyectado, por los participantes, como un espacio propio, un lugar donde poder ser y expresar desde una posición de mayor libertad, un espacio donde poder abrirse, ofrecerse y también descansar de la lucha cotidiana que supone el *juego relacional* en la prisión. Es un espacio que cuidan y respetan, poniéndose así en acto capacidades de autocuidado, que en un principio no estaban presentes. Entendemos que es importante también el hecho de que este espacio sea cerrado, sin cámaras, lo cual supone, para los participantes, una experiencia de privacidad extraordinaria.

La temporalidad del taller es de dos horas, un día a la semana. Aunque en ocasiones realizamos actividades extraordinarias, si detectamos la necesidad de ampliar los tiempos, en favor de los objetivos planteados.

Nuestro encuadre interno está definido desde una posición integradora, que parte de un enfoque psicodinámico relacional e integra aspectos de las psicoterapias sistémica, humanista, constructivista, y cognitivo-conductual, así como la integración de las diferentes terapias artísticas: danzaterapia y arteterapia principalmente, y en menor medida de la musicoterapia y el psicodrama.

3.3. Participantes

El proyecto se lleva a cabo con un grupo de entre seis y diez hombres adultos, con edades comprendidas entre los 20 y 50 años. Con diagnósticos de Trastornos Psicóticos y Trastornos de Personalidad.

Los criterios de inclusión son²: formar parte del programa de salud mental (PAIEM), la participación voluntaria y una buena adherencia al tratamiento.

Los criterios de exclusión son: conductas disruptivas, síntomas positivos activos, fase aguda de la patología, trastorno antisocial de personalidad o personalidad con rasgos psicóticos acentuados.

3.4. Metodología – Actividades realizadas

Como referíamos anteriormente, para la implementación del proyecto, partimos de una posición flexible e integradora, es decir nos iremos adaptando a las necesidades del grupo y de cada participante, iremos ajustando los objetivos y con ellos también las actividades propuestas. No contamos con un programa de diseño cerrado e inamovible, entendemos que esto estaría fuera de la realidad a la que hemos de atender, una realidad compleja y expuesta a infinidad de acontecimientos, de cambios y movimientos, en muchos casos impredecibles.

Para avanzar hacia la consecución de los objetivos propuestos nos valemos de las diferentes terapias artísticas, principalmente de la Arteterapia y la Danzaterapia y en menor medida de la Musicoterapia y el Psicodrama. Las propuestas incluyen las modalidades de creación individual y grupal, semi-estructuradas y con o sin consigna.

Veamos a continuación, a modo de ejemplo³, la descripción de la primera propuesta grupal realizada y su organización dentro del modelo por fases que hemos referido más arriba.

Fase I de la intervención. Esta fase, de alguna manera, está siempre presente, aunque vayamos avanzando hacia nuevos territorios de exploración. En las primeras sesiones hemos hecho énfasis en generar este espacio terapéutico, co-construido entre todos los participantes y en ponernos a disposición de ellos, a partir de una actitud de escucha empática que favorezca la conexión, el vínculo, la construcción conjunta de la confianza y a través de ella ampliar los escenarios para el florecimiento de la esperanza, la conexión y expresión del deseo, de la pulsión de vida, frente al recelo, la desconfianza, la ideación paranoide y referencial en algunos participantes, y la anhedonia, el aplanamiento afectivo y la desesperanza en otros de ellos, detectadas en los primeros contactos.

Así pues, las primeras sesiones han sido destinadas, primero a compartir impresiones, aprender nuestros nombres, hablar de arte, de creatividad, de nuestros gustos artísticos, etc. para después pasar a compartir cuestiones más personales, a medida que se va generando el clima de confianza adecuado y los niveles de ansiedad ante los encuentros y el proceso creador se van reduciendo. Les recordamos, no obstante, la voluntariedad de la participación y la posibilidad de asistir o no al taller, de crear o no, de hablar o no, y esperamos que ello sea percibido como una posibilidad de elección, una pequeña ventana de libertad y de negociación consigo mismos, dentro de un ámbito explícitamente rígido y normativo como es el penitenciario.

En favor de estos objetivos destinamos una parte de las seis primeras sesiones a la construcción de **“La Red de la Confianza y de la Seguridad”**. Trabajamos desde la metáfora de la red de circo que permite que los trapecistas o a los fu-

² Estos criterios son pautados por los profesionales del programa de atención integral en salud mental en prisión (PAIEM).

³ En un próximo artículo detallaremos las actividades realizadas durante el proyecto.

nambulistas, que están en el aire y que caminan sobre la cuerda floja, puedan arriesgar, puedan exponerse, sabiendo que hay un sostén, una red que les acoge en la caída. También es una red que alude a las conexiones personales, a las redes relacionales y sociales que construimos y que favorecen nuestro estar en el mundo con mayor seguridad; Es la red de la confianza que hemos de tejer entre todo el grupo, desde la idea de que “la confianza se construye”, al igual que la posición de desconfianza. Las posiciones de seguridad e inseguridad son constructos de largo recorrido, que tienen su origen en la primera infancia, en el momento que se establece el estilo de apego y se introyectan los modelos vinculares y relacionales, a través de los vínculos fundantes (Bolwby, J. 2006; Main, M. 2000; Lyons-Ruth, 2003; Fonagy, P. 2004); y en este caso esta cuestión nos parece especialmente relevante ya que estamos trabajando con personas con una gran vulnerabilidad, en las que observamos un sentimiento de desconfianza y de indefensión. Son personas, hombres que están cumpliendo condena por diversos delitos, pero que al mismo tiempo padecen algún tipo de trastorno o enfermedad mental grave, como la psicosis o el trastorno límite de la personalidad y que además, en muchos casos conviven, al tiempo, con adicciones al alcohol y sustancias diversas (desde la marihuana, la heroína, hasta psicofármacos). Todo ello, la enfermedad mental, la comorbilidad adictiva y la situación de privación de libertad, como hemos visto anteriormente, suponen un escenario favorable para la retraumatización, para la vivencia de nuevas situaciones traumáticas, que recaen sobre vidas ya erosionadas por traumas anteriores, en muchos casos traumas tempranos, del desarrollo, cuyas huellas son profundas y a cuyos contenidos comenzamos a tener acceso, a través de las creaciones de los participantes, de los protagonistas de este proyecto.

Para la creación de la red nos disponemos en círculo, sentados o de pie, y con varias madejas de lana de distintos colores, vamos lanzando preguntas, sugiriendo temas y ofreciendo la posibilidad de que ellos propongan temas, cuestiones, dudas, etc. poco a poco se va creando una red de conexiones que aprovechamos para establecer los primeros contactos físicos, de forma indirecta y segura, tirando de los hilos y conectando con la persona que está al otro lado, a través de este nuevo “objeto transicional” (Winnicott, D. 2009). Proponemos la repetición del nombre, tratando de favorecer la personalización dentro del espacio terapéutico. Que se piensen y sientan a través de su nombre. Creemos que es importante partir de estos significantes y sus significados, ¿Quién eres? comienza por cuestiones aparentemente sencillas, con un ¿cómo te llamas? ¿con qué te identificas?, ¿qué te gusta?, ¿qué te disgusta?. Esta cuestión es significativa, especialmente, en casos de personas con estructura psicótica y límite, con recursos yoicos frágiles. Ofrecer la posibilidad de mirarse, pensarse, sentirse, descubrir diversos rasgos propios que dibujen, al menos al inicio, un boceto de quienes son, sostenidos por una mirada que no solo es contenedora y empática sino que es una mirada que les ve (más allá de la patología y del delito) y que por ello es constitutiva, siguiendo a Winnicott:

“Hacer psicoterapia no es formular interpretaciones claras y adecuadas; se trata, por lejos, de un largo periodo durante el cual se le devuelve al paciente lo que el paciente trae. Es un complejo derivado de aquel rostro que refleja todo aquello que exista para ser visto” (Winnicott, D. 1991; p. 137).

4. Diseño - Método de investigación

Para llevar a cabo la investigación del proceso de intervención de este proyecto partimos del paradigma cualitativo, siguiendo a Taylor y Bogdan (1987): “Si estudiamos a las personas cualitativamente, llegamos a conocerlas en lo personal y a experimentar lo que ellas sienten en sus luchas cotidianas con la sociedad.” (p. 21), en nuestro caso, tratamos de comprender las realidades de los participantes, realidades que han sido vividas, sentidas, percibidas, recordadas u olvidadas, realidades complejas que requieren una mirada y una comprensión que no quede reducida a lo numérico, a lo cuantitativo.

Planteamos la investigación, dentro del paradigma cualitativo, como una Investigación Acción, es decir, la experiencia práctica y la investigación se establecen simultáneamente y nos permite una reflexión constante y la toma de acciones que consideremos necesarias en favor de la transformación y la mejora de las necesidades de los participantes, que son, en este proyecto, protagonistas de su propio proceso, a quienes no solo se les observa y se les asignan “quehaceres” terapéuticos sino que se les consulta y se les tiene en cuenta, como participantes activos y capaces. En la línea de Carl Rogers (1989): (la persona) “debe ser tratado como persona única, digna de respeto, con el derecho a evaluar su experiencia a su manera, con amplios poderes de elección autónoma” (p. 19). Así nuestra propuesta se caracteriza por facilitar la participación, la colaboración activa y la toma de decisiones conjunta a partir de un proceso dinámico y circular, resultado de las diferentes fases que caracterizan a la Investigación Acción, estas son: planificación, acción, observación y reflexión, y a partir de aquí surge un nuevo plan revisado.

Extraeremos también algunos casos significativos que serán desarrollados y analizados como estudios de caso.

Utilizaremos técnicas e instrumentos de recogida de datos tanto cualitativos como cuantitativos: desde la observación participante, el registro o diario de campo, los registros fotográficos, las entrevistas abiertas y/o semiestructuradas y grupos de discusión a instrumentos de observación diseñado específicamente para el proyecto, e instrumentos de medida del trastorno disociativo y el estrés post-traumático, para el Análisis Estadístico.

5. Primeros indicadores y prospectiva

El proyecto *Re-cordis* pretende abrir una ventana a nuevas oportunidades, una ventana con vistas a las capacidades, habilidades y potenciales, de los participantes del taller, aunque capturadas tras los muros defensivos de las experiencias y huellas traumáticas.

Hemos puesto nuestra atención en dos aspectos que nos parecen fundamentales, estos son: la relación entre trauma temprano y psicosis, y la comorbilidad adictiva, la patología dual en prisión. Durante este periodo inicial hemos observado la presencia de la huella traumática en diferentes niveles y cuyo registro nos sirve de indicadores iniciales de observación.

- A nivel Somato-Corporal nos encontramos, en su mayoría, con hombres con una gran rigidez, inhibición, alteraciones sensorio-perceptivas y movimientos an-

clados en la repetición y estereotipia. Cuestiones que abordamos desde el trabajo con el cuerpo, a través del movimiento y la voz, tratando de favorecer la experiencia de sentirse vivos en el momento presente y que puedan identificar las sensaciones, percepciones, emociones, pensamientos y acciones en el espacio-tiempo de la terapia.

- A nivel Cognitivo observamos alteraciones de la atención y la concentración, de la memoria, y también alteraciones del pensamiento como delirios, pensamiento referencial, suspicacia.
- A nivel Conductual nos encontramos con estados y reacciones tanto de hiperactivación e hipervigilancia, como de hipoactivación, dependiendo tanto del estilo defensivo como de los estímulos a los que se ven sometidos, su modo de percibirlos y el estilo atribucional de cada participante
- A nivel Relacional, vincular y afectivo nos encontramos con estilos de apego inseguros y desorganizados, predominancia de la posición fóbica-evitativa, percepción de indefensión, alteraciones de las relaciones interpersonales (suspicacia, dependencia), embotamiento, anhedonia, aplanamiento y distanciamiento afectivo, estados depresivos y altos niveles de ansiedad. Van der Kolk (2015) afirma que, desde su experiencia clínica, ha observado como los problemas devenidos de un apego desorganizado, en gran medida se asemejan a los resultantes de un trauma. Encontramos daños en los vínculos y entendemos que desde nuevas experiencias vinculares será posible establecer posibilidades de mejora. Como hemos visto en el ejemplo de la actividad de la *red de la confianza y la seguridad*, comenzamos a observar cambios a nivel relacional, la posibilidad de establecer un vínculo terapéutico bidireccional con las terapeutas, triangular con la obra y las terapeutas y grupal con los compañeros. Todo este movimiento vincular nos permite avanzar y establecer ciertas perspectivas de mejoría, de integración interna, de liberación de capacidades creativas y desarrollo de nuevas habilidades *en pro de* nuevas oportunidades en el medio libre.
- A nivel Emocional observamos que, en general, existe una dificultad para identificar y nombrar lo que sucede internamente, pero esta dificultad comienza a ser menor, a raíz de las propuestas de creación relacionadas con la identificación de emociones. Las emociones que refieren sentir principalmente son: la soledad, la frustración, la tristeza, el miedo, el amor y el enfado.
- A nivel de Experiencia Creadora y de Narrativas observamos ya cambios significativos (serán recogidos en un próximo artículo), en cuanto a la relación con el espacio creador, los materiales artísticos y las historias contenidas en las obras y objetos resultantes de esta experiencia. Nos encontramos con narrativas que aluden a historias de vida dramáticas, infancias devastadas, presencia de malos tratos, deprivación, abandonos, abusos y demás experiencias traumáticas tempranas, así como, contactos con el consumo de sustancias desde primera juventud, a modo de huida de un sentimiento de soledad, vacío e indefensión.

6. Referencias

- Agar, K., Argyle, N. y Aderhold, V. (2003). Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychological Psychotherapy*, 76, 1-22.
- Álvarez MJ., Roura, P., Osés, A., Forquet, Q., Solá, J. Y Arrufat, F.X. (2011). Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. *The Journal of Nervous and mental disease*, 199 (3), 156-161
- Beck, J.C. y Van der Kolk, B. (1987). Reports of childhood incest and current behaviour in chronically hospitalised psychotic women. *American Journal of Psychiatry*, 144, 474-1476.
- Bowlby, J. (2006). *Los vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata
- Cyrulnik, B. (2016). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
- Damasio, A. (2018). *La sensación de lo que ocurre: cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia*. Madrid: Destino
- El Sahili, L.F. (2015). *La maravillosa historia de las palabras*. México: Ediciones La Rana
- Ferenczi, S. (1984). *El niño mal recibido y su impulso de muerte* en Obras completas, 4. Madrid: Espasa Calpe.
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Publicaciones medicas Espasa.
- Fuentes M., Fernández E. (2016). la esquizofrenia en el medio penitenciario. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*; 36 (130): 405-420
- Galeano, E. (1999). *El libro de los abrazos*. Madrid: Siglo XXI
- Harvey, A. y Bryant, R. (1999). A qualitative investigation of the organization of traumatic memories. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 401-405.
- Herman, J. (2004). *Trauma y Recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid: Espasa Calpe
- Khan, M. (2005). El concepto de trauma acumulativo. *Rev. Psicoanál. Asoc. Psico*. Madrid, 44: 117-137
- Howell, E. (2005). *The Dissociative Mind*. The analytic press, Hillsdale, N.J
- Lacan, J. (2006). “El seminario, libro 10: la angustia”. Barcelona: Paidós Ibérica
- Lahad, M. (2010) *Protocol for Treatment of Post Traumatic Stress Disorder: See Far CBT Model*. IOS press
- Levine, P. A., & Kline, M. (2016). *El trauma visto por los niños*. Barcelona: Eleftheria.
- Lyons-Ruth (2003), Dissociation and the parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *J. Amer Psychoanal. Assn.*, 51:883-911.
- Main, M. (2000). The organized categories of infant, child and adult attachment. *JAPA Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48 (4) 1055-1127
- Marin-Basallote N, Navarro-Repiso C. (2012). Estudio de prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en CCPP Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en CCPP. *Rev Esp Sanid Penit* 2012;14:80-85.
- Miller, A. (2005). *El cuerpo nunca miente*. Barcelona: Tusquets
- Mitchell, S. (2014). *Relationality: From Attachment to Intersubjectivity*. Psychology Press.
- Nijenhuis, E., van der Hart, O. & Steele, K. (2011). *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Bilbao: Desclée De Brouwer
- Ogden, P., Minton, K. y Pain, C. (2009). *El trauma y el cuerpo: un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Ogden, P. y Fisher. J. (2016). *Psicoterapia sensoriomotriz. Intervenciones para el trauma y el apego*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Rogers, C. (1989). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Ed. Paidós
- Scaer, R. (2001). *The body bears the burden. Trauma, dissociation and disease*. The Haworth Medical Press. New York. London. Oxford.
- Schacter D. (1992) Priming and multiple memory systems: perceptual mechanisms of implicit memory. *J.Cog. Neurosci.* 4: 224-256.
- Taylor, S.J. y Bodgman, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós
- Tizón J. (2013). *Entender la psicosis: hacia un enfoque integrador*. Barcelona: Herder
- Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Eleftheria.
- Van Os, et al. (2005). Childhood trauma, Psychosis and schizophrenia: a literature review with Theoretical and clinical implications. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 112, 330-350
- Wellwood, J. (2001). *Psicología del despertar: Budismo, Psicoterapia y Transformación Personal*. Barcelona: Kairos
- Winnicott, D. (2000). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.