

INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS

**XI REUNIÓN NACIONAL
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PSICODRAMA**

TEORÍA, CLÍNICA Y FORMACIÓN EN PSICODRAMA EN ESPAÑA

**Palacio de Congresos y Exposiciones «Europa» (Vitoria)
Días 2, 3 y 4 de junio de 1995**

**Bajo Patrocinio de la Exma. Diputación Foral de Álava
(Departamento de Cultura)**

2.º trimestre 1995

Número 140



Informaciones Psiquiátricas

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS
DE LA CONGREGACIÓN DE HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN

Fundada en 1955 por el Dr. D. Parellada

DIRECTOR

Dr. T. ARRANZ MUÑECAS

CONSEJO DIRECTIVO

Dr. J. L. GUTIÉRREZ HERRERO
Dr. J. LÓPEZ DE LERMA
Dr. A. REGO ÁLVAREZ

JEFE DE REDACCIÓN

Dr. C. GANOZA GARCÍA

CONSEJO DE REDACCIÓN

Dr. J. M. ALDAMA DE LLANO
Dr. F. Díez MANRIQUE
Dr. J. PORTA TOVAR
Dr. J. TIZÓN GARCÍA
Dra. M. L. DUQUE DEL RÍO
Dr. A. GALLEGU MERE
Dr. D. VALIENTE
Dr. B. PERAL RÍO
Dr. A. LÓPEZ ZANON
Dr. E. FERNÁNDEZ DE CÓRDOBA
Dr. A. COLODRON ÁLVAREZ
Dr. A. SANZ CID

ASESORES CIENTÍFICOS

Prof. Dr. C. BALLÚS PASCUAL
Prof. Dr. D. BARCIA SALORIO
Prof. Dr. V. CONDE LÓPEZ
Prof. Dr. J. GUIMÓN UGARTECHEA
Prof. Dr. C. LEAL CERCOS
Prof. Dr. A. RODRÍGUEZ LÓPEZ
Prof. Dr. J. RODRÍGUEZ SACRISTÁN
Prof. Dr. A. SEVA DÍAZ
Prof. Dr. A. MARTÍNEZ PINA
Prof. Dr. M. RUIZ RUIZ
Prof. Dr. A. LEDESMA GIMENO
Prof. Dr. C. RUIZ OGARA
Prof. Dr. L. SALVADOR CARULLA
Prof. Dr. J. L. RUBIO SÁNCHEZ
Prof. Dr. C. CASTILLA DEL PINO
Prof. Dr. L. ORTEGA MONASTERIO
Prof. Dr. A. BULBENA VILARRASA
Prof. Dr. J. L. AYUSO GUTIÉRREZ
Prof. Dr. J. L. GONZÁLEZ RIVERA
Prof. Dr. C. CARBONELL MASÍÁ

COLABORADORES

Doctores: M. C. Ballesteros Alcalde; J. A. Masiá Fernández; A. Gimeno Valdés; P. Antón Fructuoso; L. Illac; E. Fernández Marco; J. M. Blanqué López; Juan Bellido Torrejón; L. Perisé Perisé; M.^a E. Navarro Hurtado; L. Montejo Iglesias; J. M. Saint-Gerons Marzo; F. J. Buqueras Bach; M.^a T. Gutiérrez de Guzmán; J. L. Lillo Espinosa; J. M. Manzano Callejo; J. B. Eche Llenas; A. Pacheco Palha; M. Paes de Sousa; A. Lobo Antunes; I. Gómez Feria-Prieto; J. A. Bermúdez Sánchez; Giordano Estevão; A. Dos Santos, Jr.

DIRECTOR ADMINISTRATIVO

Sor Sofía Paz Garayoa Artázcoz

INSTITUTO PSIQUIÁTRICO NTRA. SRA. DE LOS DOLORES
Dr. Pujadas, 21 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)
Tels. 640 24 00 y 640 00 62

Informaciones Psiquiátricas

N.º 140 / 2.º trimestre 1995

NORMAS DE PUBLICACIÓN

1. Los trabajos, originales e inéditos, deberán ser enviados a la redacción en tamaño folio, mecanografiados a dos espacios, tratando temas de Psiquiatría en cualquiera de sus vertientes: biológica, psicológica o sociológica.
2. De cada trabajo deberán ser enviados dos ejemplares: el original y una copia.
3. Los trabajos irán acompañados del nombre y apellidos del autor, así como de su domicilio.
4. Todos los trabajos irán acompañados de bibliografía con arreglo a las normas internacionales.
5. Al inicio de cada artículo se han de poner siempre las palabras clave del contenido temático que se trata.
6. Deberán ser acompañados de un resumen breve en castellano y, además, de una copia de éste traducido al inglés.
7. A cada autor se le entregarán 25 separatas de su artículo publicado.
8. El Consejo Directivo no se identifica obligatoriamente con el contenido de los originales firmados.

ÍNDICE

TEORÍA DEL PSICODRAMA

117 INTRODUCCIÓN A LA PONENCIA

L. FERRER I BALSEBRE D.M.

COMUNICACIONES A LA PONENCIA (1.ª Mesa)

119 MARCO TEÓRICO E IDEOLÓGICO DEL PSICODRAMA

J. A. ESPINA BARRIO

131 APUNTES PARA UNA LECTURA NEUROFISIOLÓGICA DEL PSICODRAMA

L. FERRER I BALSEBRE D.M.

COMUNICACIONES A LA PONENCIA (2.ª Mesa)

137 EXPRESIÓN EN GRAFOS COMO VÍA DE INVESTIGACIÓN EN PSICODRAMA

P. POBLACIÓN KNAPPE y M.ª A. EGIDO AGUILERA

147 TEORÍA DEL SOCIODRAMA FAMILIAR

P. ÁLVAREZ VALCARCE

169 PSICODRAMA Y SOCIODRAMA. TEORÍA DE LA TÉCNICA. LAS TÉCNICAS DE SOCIODRAMA FAMILIAR

P. ÁLVAREZ VALCARCE

193 RIGOR CIENTÍFICO Y PSICODRAMA

A. PINTADO CALVO

CLÍNICA Y PSICODRAMA

COMUNICACIONES A LA PONENCIA (1.ª Mesa)

197 METAPSIKOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA PSICODRAMÁTICAS

J. A. ESPINA BARRIO

203 GRUPOS DE PSICOTERAPIA PSICODRAMÁTICA EN UN CENTRO DE SALUD DE SALAMANCA: EVALUACIÓN REALIZADA POR LOS PACIENTES

E. FERNÁNDEZ CARBALLADA, M.ª L. MARCOS FERNÁNDEZ, A. L. MONTEJO GONZÁLEZ
y L. GARCÍA ORTIZ

COMUNICACIONES A LA PONENCIA (2.ª Mesa)

- 211 ENCUENTRO CON EL DUELO Y LA MUERTE (Primera Parte)
E. LÓPEZ BARBERÁ y P. POBLACIÓN KNAPPE
- 223 EL PSICODRAMA COMO INSTRUMENTO GLOBALIZADOR
EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE PSICÓTICO
M.ª A. FORTEZA, E. LOSANTOS, E. CLARIANA y M.ª J. RODRÍGUEZ
- 227 INTERVENCIÓN GRUPAL PSICODRAMÁTICA EN PACIENTES CON SIDA
M.ª A. BECERRO RODRÍGUEZ y C. VICIOSO ETXEBARRIA
- 237 PSICODRAMA FOCAL DEL DUELO PATOLÓGICO
M. FILGUEIRA BOUZA
- 253 CARTA/S A/DE DANIEL
T. HERRANZ CASTILLO

FORMACIÓN EN PSICODRAMA

- 257 INTRODUCCIÓN A LA PONENCIA SOBRE FORMACIÓN EN LA AEP
R. GONZÁLEZ MÉNDEZ

COMUNICACIONES A LA PONENCIA (1.ª Mesa)

- 259 DE LA TÉCNICA A LA TEORÍA. DIAGNÓSTICO PSICODRAMÁTICO
L. E. FONSECA FÁBREGAS

COMUNICACIONES A LA PONENCIA (2.ª Mesa)

- 261 EL PSICODRAMA EN LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD
DE ATENCIÓN PRIMARIA QUE ASISTE A PACIENTES TERMINALES
D. UBRI ACEVEDO
- 267 ANÁLISIS INSTITUCIONAL CON TÉCNICAS PSICODRAMÁTICAS,
DENTRO DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN DE PERSONAL SANITARIO
EN EL SERVICIO VASCO DE SALUD
F. DELGADO MONTERO, P. LÓPEZ DE LA OLIVA, P. MARTÍN FIDALGO,
A. URBANO ALJAMA y F. SALGADO PRADO

COMUNICACIONES LIBRES

- 271 ÉTICA EN GRUPOS VULNERABLES
M. BARRANQUERO AROLA y A. APELLANIZ GONZÁLEZ

TALLERES SIMULTÁNEOS

- 277 TALLER: LA SILLA DE LA VIDA
R. GONZÁLEZ MÉNDEZ
- 279 TALLER. EL CUERPO EN PSICODRAMA: *EL MONIGOTE*
L. E. FONSECA FÁBREGAS
- 283 TALLER: TRABAJANDO EL SÍNTOMA
M.ª C. CARBALLAL BALSALBA y M.ª A. RAPOSO RODRÍGUEZ

Teoría del Psicodrama

INTRODUCCIÓN A LA PONENCIA

LUIS FERRER i BALSEBRE D.M.

«Los que se enamoran de la práctica prescindiendo de la ciencia son como los pilotos que toman un navío sin timón ni brújula, de forma que nunca tienen seguridad de la ruta seguida. La práctica debe ser edificada siempre sobre una buena teoría».

LEONARDO DA VINCI

«La idea es quien crea el mundo real y ese mundo es sólo la forma fonémica de la idea».

HEGEL

Hace ya más de tres años que es tema de intercambio en los mentideros psicodramáticos, la necesidad de desarrollar o releer las bases teóricas del psicodrama. La Reunión Nacional de la AEP de 1992 en Reus, tuvo como tema *Integraciones teóricas en Psicodrama* y, este mismo año surgió de nuevo la *Teoría, clínica y formación en psicodrama*, lo cual da cumplida cuenta de esta inquietud.

Esta inquietud, no es patrimonio exclusivo del psicodramatista. Las bases teóricas sobre las que se desarrollaron la práctica totalidad de las corrientes o escuelas psicoterapéuticas son del siglo pasado.

Ello no quiere decir que haya que introducir aromas de modernidad por una simple cuestión estética o que haya que derribar un edificio que a todas luces se muestra útil y eficaz porque es antiguo; lo que señala —a mi juicio— es la necesidad científica y el deber intelectual de cotejar los antiguos fundamentos teóricos con los nuevos aportes, descubrimientos e ideas que la comunidad científica ha ido aportando en áreas que nos interesan por sernos comunes.

No hacerlo así, nos situaría en la ignorancia, en la imposibilidad de seguir construyendo en base a nuevas ideas y lo que es peor, nos dejaría presos en una concepción sectaria de nuestra disciplina. Ya lo afirmaba ORTEGA: «Las ideas se tienen, en las creencias se está» o parodiando a BORGES, «cualquier teoría no es más

que un borrador, las teorías definitivas pertenecen a la religión o al cansancio».

Cierto es que, sea cual sea la teoría, no deja de ser una construcción más de la realidad, una metáfora que aún siendo adjetivada como *científica*, no puede dejar de ser humana y, por tanto, relativa, histórica y, tarde o temprano refutable. Así ha sido siempre y así creo que será por más que nuestros flamantes instrumentos de investigación, como señala RENÉ THOM, nos alienten la soberbia y la fantasía de estar atrapando una *verdad* incuestionable, o confundir los cementerios de datos informáticos con el auténtico ejercicio creativo de la inteligencia humana.

No se trata pues de *acertar* o *descubrir*; se trata de *poder comprender* mejor. De elaborar nuevos *mapas* que nos faciliten una mejor exploración del territorio a estudio. El error está, como bien apuntó BATESON, en confundir el mapa con el territorio. Error, a mi juicio, imperdonable para todo moreniano que sea coherente con la premisa de una búsqueda infatigable de la creatividad y una huida de la conserva cultural (conserva intelectual en este caso).

El movimiento psicodramático en nuestro país es un movimiento muy joven; joven en su historia y joven en sus profesionales. Está desarrollándose vigorosamente y atrayendo la atención de un número creciente de técnicos en diversas disciplinas y escuelas que demandan una

formación en él. Gentes que *descubren* mediterráneos explorados hace años por MORENO. Gentes a las que guiamos por un territorio nuevo y sugerente para ellos pero que, una vez adentrados en él, utilizan otros mapas arguyendo mayor claridad o cuestionando el rigor de nuestras anotaciones. Las bautizan con nuevos topónimos y señalan coordenadas distintas. Dicen tener instrumentos de navegación más precisos, aducen disponer de datos para nosotros aparentemente innecesarios, como la composición geológica, los índices pluviométricos, los mapas tectónicos, la taxonomía de su flora y fauna, las vías de comunicación naturales y hasta la gramática inconsciente del *idioma* de sus habitantes.

Ésta es la situación, y es un error redundante intentar convencer al otro. Nuestro reto, entiendo, está en perfeccionar el nuestro, en hacerlo más preciso. Quizás se pueda hacer señalando nuevos arrecifes, variando su escala, indicando nuevas rutas, describiendo con mayor precisión la dirección de los vientos, utilizando nuevos instrumentos de navegación, o experimentando con esos datos con lo que nuestros huéspedes intelectuales dicen estar tan seguros. No sé. Pero lo que sí tengo claro, es que no se trata de estudiar y re-estudiar nuestro mapa, de

describir y re-describir el mismo. El verdadero objetivo es para cualquier navegante —conviene no olvidarlo— explorar mejor el territorio, facilitar su navegación. Y para ello es necesario enriquecer los mapas. Cualquiera de ellos.

El momento es histórico y no podemos dejar pasar el auge de nuestra disciplina sin esforzarnos por traducir sus bases teóricas, y por dotarlas de unas demostraciones rigurosamente científicas.

Esto es lo único que puede dotarnos del peso específico necesario para poder difundir nuestra disciplina con rigor dentro del ámbito científico en el que nos movemos, y —esto es vital— escapar de esa especie de *rappelización* progresiva que se viene observando en el mundo de las psicoterapias.

Ésta es, en definitiva, la tarea que aún está por hacer, y en esta línea están algunas de las comunicaciones que van a exponerse en esta Reunión, aunque en general parece que los psicodramatistas de lo que andamos sobrados es de tablas, y sea la parte de la práctica clínica la más productiva.

Confío en la creatividad de nuestra gente y pido, una vez más, el esfuerzo ímprovo y generoso que, sin duda, se requiere para este viaje tan apasionante como incierto.

MARCO TEÓRICO E IDEOLÓGICO DEL PSICODRAMA

JOSÉ ANTONIO ESPINA BARRIO

Doctor en Medicina, Psiquiatra, Presidente Asociación Española de Psicodrama

RESUMEN

Se nombran las influencias fundamentales en la vida y obra de MORENO. Se dividen en cuatro apartados: *Filosófico, Religioso, Sociológico y Psicológico*.

El Judaísmo, y especial el Jasidismo, es considerado como el influjo más notable de todos los religiosos y es tratado con especial atención. Se describen las características del líder o Zaddik y la noción de encuentro grupal, la importancia de la interacción sobre la reglamentación de la oración, la alegría de vivir y el disfrute de la vida, donde la música, la comida y el cuerpo son integrados. Finalmente el panenteísmo jasidista hace comprensible la declaración moreniana de que Yo soy Dios y la mantiene lejos de las interpretaciones mesiánicas que hasta ahora se han dado a algunas obras de MORENO. También se reflexiona sobre las conexiones entre la Religión y la Psicoterapia.

Palabras clave

Filosofía - Jasidismo - Judaísmo - Psicodrama
- Psicología - Religión - Sociología

GARRIDO (1978) escribió un luminoso capítulo sobre el tema que se sigue en sus apartados principales. En este trabajo se resaltan los paralelos entre Jasidismo y el Psicodrama, siguiendo las sugerencias de SARRO en el prólogo del libro de SCHÜTZENBERGER *Introducción al Psicodrama en sus aspectos técnicos* (1970).

Los marcos de influencia en la vida de MORENO, de los que surgió el Psicodrama, son los

siguientes: *Filosófico, Religioso (Jasidismo), Sociológico y Psicológico*.

FILOSÓFICO

En su época de estudiante de filosofía se interesó especialmente por SPINOZA, KANT, NIETZSCHE, HEGEL y KIERKEGAARD. Para GREENBERG (1977) tal vez fuera BERGSON quien más influyó en él, este autor propone llegar a lo originario; la realidad en sí, no tal como nos aparece, por eso pretende el:

Retorno a la visión directa más allá de todos los símbolos figurativos, descenso a las profundidades íntimas del ser, para sorprender en su calidad pura sus pulsaciones de vida, en un ritmo más secreto, su respiración interior.

Lucha también contra las conservas culturales. Se establece un paralelismo BERGSON-MORENO entre la intuición y la acción, el *elán vital* y la espontaneidad. No obstante, critica la duración del tiempo, ya que no deja lugar para el momento en que se da el acto creador. También disiente con el concepto bergsoniano de espontaneidad, que es más metafísico que existencial. La espontaneidad en psicodrama es existencial y se aprecia en la representación, cuando el protagonista representa su existencia en la escena psicodramática.

BERGSON se acercó a este problema más que ningún otro filósofo moderno. Él fue tan sensitivo a la dinámica de creatividad que postuló al tiempo, considerado en sí mismo, como un

cambio sin cesar, como un ser totalmente creativo. En tal esquema no hay sin embargo lugar para el momento como categoría revolucionaria puesto que cada partícula de tiempo *duración*, como él lo llamó, era creativa en cada uno de sus instantes, en cualquier caso. Sólo tiene uno que sumergirse en la experiencia inmediata para poder participar en esa corriente de creatividad en aquel *elán vital y durée*. Mas BERGSON no construyó puente alguno entre el absoluto creativo y el tiempo espacio, fabricado por el hombre en el cual vivimos (MORENO, 1976) (pág. 201).

Con NIETZSCHE las diferencias se basan en que acude a *obras maestras* o productos terminados para ser creativos, además valora más al superhombre (NAPOLEÓN, CÉSAR, BORGIA, etc.) que al hombre santo (CRISTO, SAN FRANCISCO, etc.). Pero lo que más le distancia del filósofo del martillo es el cambio de una serie de preceptos inflexibles, a otros opuestos pero igualmente rígidos.

NIETZSCHE no alcanzó a percibir que mientras en una ocasión dureza y egoísmo pudieran ser la respuesta más fuerte a una situación, en otra ocasión, sus opuestos directos, amor y caridad, pudieran ser la respuesta requerida. El antiguo precepto: «Ama a tu prójimo» se convierte en su opuesto, «¡Sé duro, ámame a ti mismo!», que NIETZSCHE proclamó como un valor superior. Pero mientras ambas, tesis y antítesis, conduzcan a esquemas rígidos de conducta sabemos que no ha habido ganancia alguna, pues ambas estaban relacionadas al tesoro acumulado de la cultura. El intercambio de nuevos tesoros culturales por los antiguos no cambia la posición del hombre en su lucha contra las realidades del mundo a su alrededor y no puede ayudarle en el desarrollo de una sociedad humana de la cual el hombre debe ser el verdadero señor. (MORENO, 1976), (pág. 200).

En relación con KIERKEGAARD, les une el hecho de basarse en la Biblia y que:

A ambos les preocupa una existencia auténtica, vivida, en la que tiene cabida, fuera de la ley de la razón y del sentido común, la locura y lo irracional, porque son vida. (GARRIDO, 1978), (pág. 23).

En el Psicodrama cabe toda manifestación existencial, es una forma de vivir, por más que parezca mesiánica o delirante, en la que se borran las barreras normal-patológico. A MORENO y a KIERKEGAARD les une su espíritu profético, pero MORENO critica al filósofo que intentara realizar la existencia y convertirse en

médico y salvador del cristianismo de su época, es decir, que se le anticipara. Sin embargo los dos tratan de llevar al sujeto ante una encrucijada donde se vea obligado a elegir; siendo responsables de su elección y no dejándola al destino, como hizo EDIPO.

Las aportaciones de KIERKEGAARD influyeron en el desarrollo del *Existencialismo Heroico, Seinismo*, de Viena, así denominado por el creador del Psicodrama. Se atrevieron a vivir sus teorías en el aquí y ahora; entre los impulsores del Seinismo MORENO nombra a PEGUY, SCHWEIZER y KELLMER; que no dudaron en abandonar sus brillantes carreras para vivir conforme a su pensamiento, que se basa en la *significación indivisa* del ser y el esfuerzo por mantener el flujo espontáneo de su existencia y la bienaventurada bondad de todas las cosas. De estos dos principios surge la idea del momento y del aquí-ahora de la creatividad, frente a las conservas culturales que posponen y desvían la vivencia del presente de un ser existente en su globalidad, por la inflación del pasado o la sobrecarga del futuro. En este sentido no es de extrañar que proclame que el Psicodrama se adelantó en varias décadas al análisis existencial.

Los influjos del existencialismo vienés son los que explican su dedicación juvenil a los marginados, su defensa de las potencialidades del hombre, al que equipara con la deidad, y la lucha contra el demonio, personificado en la civilización anómica que impide al sujeto vivir su existencia, la cual es degradada por las conservas culturales.

Tras esta base filosófica se encuentran unos principios religiosos, budistas, cristianos o judíos que serán tratados en el siguiente apartado. Lo que él propone es una nueva religión, *La Religión del Encuentro*, que es algo más que la suma o integración de todas las religiones. Va más allá cuando afirma que el hombre es capaz de ser Dios y por tanto Creador de su propia Existencia.

RELIGIOSO. JASIDISMO

- En el principio.
- Existía Dios.
- Dios era Yo.
- Y Yo era Dios.

(MORENO, 1976), (pág. 62).

La influencia religiosa se encuentra sobre todo en el Capítulo «Teología Experimental» de su libro *Las Palabras del Padre* (MORENO, 1976). En él se alude a BUDA, CRISTO y SPINO-

ZA como paradigmas a integrar en un intento de experimentar la creatividad de jugar a ser Dios.

Del primero destaca su deseo creativo de aunar la voluntad con los sentimientos, para esto BUDA no duda en negar a BRAHMA y quedarse en el vacío del NIRVANA. Desde esta vacuidad es de donde puede partir la creación. Para llegar a este proceso de creación no basta el acto de voluntad sino la impresión de la nada, de donde surge el deseo creador.

De CRISTO destaca el acercamiento del DIOS-PADRE a los hombres. Pero existía el *mundo del tener* que separaba el Hombre de Dios. Para acercarlo era preciso *ser* Dios.

La estrategia de JESÚS al comenzar con la nada y terminar en la totalidad triunfó por sí misma mucho más brillantemente que la estrategia de BUDA, que empezó con la totalidad y acabó en la nada, NIRVANA; BUDA empezó con un análisis de BRAHMA y terminó por volverse en contra de él. JESÚS empezó con el CREADOR y el acto de creación inmediata y vio que fue el hombre quien levantó las barreras para comprensión de estas dos ideas y para su incorporación en la misma vida del hombre. (MORENO, 1976), (pág. 227).

Si los anteriores son experimentadores, SPINOZA fue un crítico de éstos. Para él, DIOS se encontraba encarnado en la naturaleza; este panteísmo es el mismo que proclama el Jasidismo. Aunque el filósofo va más allá:

SPINOZA reaccionó violentamente contra el hombre-Dios y en favor del entendimiento y la razón. Él formuló su idea de Dios de tal manera que se tomó técnicamente imposible para el hombre el llegar a ser la encarnación de Dios; ello sería contra las leyes de la naturaleza y las leyes de la lógica: En una palabra, ello carecería de sentido. SPINOZA liberó la idea de Dios de toda impureza emocional, pero al mismo tiempo volvió imposible para Dios el que se encarnara en el hombre. Él fue el factor moderno más importante en el expulsar a Dios de la tierra. (MORENO, 1976), (pág. 229).

Con el calificativo de destructivos une a BUDA con SPINOZA, en tanto alejan al hombre de Dios; sin embargo, paradójicamente, es esa falta la que impulsa a crear y por tanto a ser.

La conexión MORENO y *Judaísmo*, sus padres eran judíos, se enraiza en las enseñanzas de RABBI BEJARANO, judío sefardita que fue su maestro en su primera infancia en Bucarest. Pero sobre todo en MARTÍN BUBER, neojasidista declarado, con el que compartió la dirección de

Daimon, la filosofía del encuentro y el método de acción concreto e inmediato. Este último pone al ser humano en contacto con la realidad personal y grupal.

El hecho de que todos sus libros, hasta 1920, fueran religiosos y que el mesianismo y el optimismo le acompañaran toda su vida, explica que MORENO deseara el siguiente epitafio:

Aquí yace un hombre que abrió las puertas de la Psiquiatría a la alegría. (SARRO en SCHÜTZENBERGER, 1970), (pág. 28).

SARRO, en el prólogo de SCHÜTZENBERGER (1970), es el primero en sostener la tesis del jasidismo, MORENO fue un nuevo *Baal-Shem* (Maestro del Nombre), al menos durante su juventud, lo que se tradujo en un continuo destacar los aspectos divinos del hombre. Los atributos divinos son la creatividad y la subjetividad, como condición de sujeto. En un paralelo con BUBER escribe que:

Así como la teología moreniana borra la distancia entre Dios y el hombre, el encuentro la borra entre los hombres, el Tú pasa a ser el Yo y el Yo el Tú, el intercambio personal a través del diálogo adquiere su plenitud, no es una fusión, sino una comunicación perfecta. (SARRO en SCHÜTZENBERGER, 1970), (pág. 17).

Ambos autores son pensadores dialógicos y basados en el encuentro interpersonal Yo-Tú, lejos de la relación cosificadora Yo-Ello. En MORENO se dio la transformación del sentimiento religioso jasídico en ideas y técnicas terapéuticas, por eso se resumirá la historia del jasidismo y se enumerarán sus similitudes con el Psicodrama.

La Psicoterapia y la Religión han tenido siempre unos puentes de unión muy estrechos. Los médicos provienen de los hechiceros que curaban el alma y los cirujanos de los barberos que extirpaban lo que generaba mal. Los psicólogos, al menos en España, pertenecen a la filosofía y ésta se encuentra íntimamente ligada con la religión, bien sea para confirmarla (filosofía teísta) o negarla (filosofía no teísta); sin embargo su antecedente inmediato fueron los médicos dedicados a curar el alma y, en especial, los psiquiatras. Los grandes pioneros de la psicoterapia han sido en su gran mayoría médicos. Estas conexiones no extrañan si uno se da cuenta que el significado de religión es *religare*, o volver a unir lo que estaba disperso, y la psicoterapia intenta reunir las percepciones dispersas del cliente psicótico o transformar la percepción deformada del neurótico.

El auge de la psicoterapia hace sostenible la afirmación de que los pacientes han abandonado el confesionario y lo han sustituido por el diván; en ambos se pide a la persona que diga *todo lo que piense*, con lo que la confesión es el elemento principal de la psicoterapia. Se supone que cuanto más se exprese el cliente mejor se va a encontrar. La asociación libre purifica al confeso y además le hace partícipe de un saber inconsciente que, por definición, no puede conocer. Para que la transformación suceda se precisa de un ritual que se debe cumplir y que marca las condiciones del encuadre y la periodicidad.

No parece casual que los grandes pioneros de la Psicoterapia fueran judíos. Así ocurre con el Psicoanálisis, donde SIGMUN FREUD y la mayor parte de sus primeros discípulos eran judíos. En la Psicoterapia de Grupo destaca JACOB LEVY MORENO y en la Terapia Familiar ACKERMAN y MINUCHIN también son judíos.

El creador del Psicoanálisis se preocupó mucho por la religión. Se declaraba agnóstico y cuestionó el papel de la religión como una forma de adaptación de las masas. Pero lo que criticó en sus obras sobre el tema —sobre todo *Moisés y la religión monoteísta*, *Psicología de las masas y análisis del Yo y Totem y Tabú*— lo puso en práctica él y sus seguidores. El sábado se celebraba los miércoles. Él era el centro de la reunión. Del intercambio teórico se pasó a la lectura sagrada de sus obras, como si de la Torá se tratase. Todo aquel que se salía de sus postulados era excomulgado y dejaba de reconocerlo como discípulo. Tras su muerte, se interpreta lo que él quiso decir de manera muy diversa, en una suerte de Cábala donde cada escuela pretende ser la auténtica palabra del Maestro. La negación de su muerte se hace evidente cuando sus discípulos repiten continuamente: «FREUD dice», en vez de «FREUD dijo».

Un excursus histórico por el judaísmo hará más comprensible los párrafos anteriores. La historia judía se ha movido entre dos principios históricos básicos, motivados por el éxodo de los creyentes. El primero sostiene la fe en el individuo y el segundo se basa en el anhelo colectivo de tener una identidad nacional (Ezret o Israel).

La Torá es la enseñanza o ley, tanto la escrita (bíblica) como la oral (tradicional). En ella se reconoce la supervivencia de la nación, eterna a través de las generaciones, sobre el individuo, que es polvo y a él retornará. Los actos del hombre son los que darán lugar a una recompensa o castigo en este mundo.

Frente a esta tendencia racional algunos buscan la unión directa con Dios y se valen de

algunos Salmos y del Libro de Job. Estos primeros jasidistas (jasidim = piadoso) son los *Esenios* que surgieron en la época de la dominación griega y romana. Sus contrarios fueron los fariseos que se basan más en la forma que en el fondo de la religión. Tratan de vencer el cerco dominador con el cerco de las prescripciones (DUBNOW, 1976) jurídicas que en número de 613 preceptos constituyen el *Talmud*. Éste se convierte en un fin en sí mismo, en aras de la disciplina de un pueblo sometido que desea la libertad y acaba esclavizado por las formas. Contra el nacionalismo religioso se levantó el cristianismo primitivo, que es una religión del individuo.

Siglos más tarde, el conflicto se estableció entre el rabinismo ortodoxo y la *Cábala Mística*, aunque se redujo al círculo de estudiosos y escritores. Constituye una rebelión contra el racionalismo y unió el intelecto y la fantasía, por lo que todo es susceptible de ser conocido. Gracias a ella se desvela lo oculto y los buscadores de la verdad ascienden a los cielos y conocen las leyes que rigen el mundo y el destino de los hombres.

La Cábala apartó el velo del mundo oculto, introdujo en este mundo espíritus de impureza, ángeles y demonios; para ella estaban manifiestos los conductos escondidos que unen el superior mundo verdadero con el mundo inferior, con *este mundo*. (Pág. 19), (DUBNOW, 1977).

La Cábala y la Psicoterapia tienen en común que descubren lo que por definición es oculto. Ambas dan un predominio al amor y a la revelación. No es casual que la Cábala Teórica se difundiera en España y en Provenza en los siglos XIII-XV. El medio era de una cultura elevada y en sus comienzos coincidió geográficamente con la eclosión del Amor Cortés. Era considerado como una suerte de ciencia *supracientífica*, pero se enseñaba al mismo tiempo que las otras. Al igual que el psicoanálisis, su dispersión fue la causa de su florecimiento y transformación.

En el siglo XVI los judíos expulsados de España se diseminaron por Turquía y Eretz Israel. Allí surgió el nacionalismo que propuso la Escuela de Ari (ASHKENAZI RABI ISAAC [LURIA]). Su doctrina es la *Cábala Práctica* y no busca la revelación del secreto de como el mundo superior influye en el inferior; sino el camino del ascetismo y la mortificación que conducirán al mundo superior. Los pilares de esta doctrina son el llanto y lamentación por la diáspora, intensa espera del Mesías y mortificación

que apresure el fin y logre la redención. Este movimiento dio lugar a los movimientos mesiánicos de los siglos XVII y XVIII. Se extendió por todos los países de la diáspora, especialmente por Polonia; pero el mesianismo y la fuerte exigencia de sus preceptos ascéticos fueron también la causa de su decadencia.

Entre el ascetismo y el éxtasis místicos surgieron diversas corrientes mesiánicas. Una de ellas era liderada por SABETAI ZEVI, que suprimió el ayuno y lo declaró el día de la alegría. De esta corriente surgieron los *frankistas* que proclamaban un libertinaje místico y se oponían al Talmud en nombre de la Cábala; acabaron abrazando el cristianismo. Mientras tanto, la vía escética proseguía hasta el extremo que R. SIMEÓN de LUBITCH murió de inanición, siendo una de las primeras descripciones de la anorexia mental masculina (DUBNOW, vol. 1, 1977), (págs. 47-48).

La masa necesitaba una doctrina de *vida* que le fuera más afín, una visión del mundo que no se apartara de la vida, sino que procurara conciliarse con la vida y buscara en la simple realidad un fin espiritual elevado.

Y aquí el desenvolvimiento de la mística llegó a su tercer grado al *jasidismo*. Jasidismo es un movimiento *popular* que descendió de las alturas del mundo de las ideas al mundo de abajo, de la vida diaria. Al jasidismo le son extraños tanto el potente vuelo teosófico de la Cábala Teórica como el enfermizo ascetismo de la Cábala Práctica, dejó de lado las especulaciones abstractas de la primera y el sentimiento entusiasta, derivado de la ansiedad y el anhelo mesiánico, de la segunda.

En lugar de la reflexión especulativa, el jasidismo colocó la fe ingenua: predicó la unión con Dios mediante la oración fervorosa y las buenas acciones; enseñaba que el entusiasmo religioso debe venir de la alegría y no de la mortificación. La Cábala Práctica había puesto en el centro de la fe a la nación; el Jasidismo, al hombre de la masa. Contra la opinión entonces dominante, sostiene que la fe en el corazón supera en no poco al mérito de conocer la Torá y, por principio, se opone rotundamente a la tesis fundamental del rabinismo de que el estudio de la Ley equivale a todas las virtudes... El Jasidim, que hizo de la doctrina oculta una doctrina revelada y que se adaptó a las exigencias de la vida real, se ganó los corazones de la masa popular. (Págs. 21-22), (DUBNOW, vol. 1, 1977).

El *Jasidismo* es una secta judía que comenzó en Europa del Este, Polonia, Rusia Blanca y Lituania, en los siglos XVI y XVII y luego se extendió al Imperio Austro-Húngaro. Es una

doctrina de vida que bajó el cielo a la tierra y acercó el Creador al hombre, por intermedio de los *Tzadik* o *Baal Shem* (Maestros del Nombre) que eran capaces, en nombre de Dios, de realizar prodigios; por lo tanto eran considerados como médicos o hacedores de milagros. Utilizaban yerbas, amuletos, conjuros y la lectura de la Cábala.

El primero de ellos fue ISRAEL BEN ELIEZER CHEMTOB o BESCHT (1698-1760) que a la edad de 12 años, después de haber pasado su infancia en el bosque, se hizo asistente del maestro y traía a clase a todos los niños en procesión, cantando alegres, con flores y ramos en las manos; a la vuelta los felices escolares eran conducidos a casa a través de los prados y las arboledas. En su época adulta, su mujer tenía un albergue y él vivía humildemente en medio del bosque, donde se reunía la multitud para escucharle. Aplicaba la mística a la vida cotidiana, de ahí el nombre de *jasidín* o piadoso (MÜLLER, 1950). Para ellos:

La purificación del alma se realiza de una triple manera: Pensamiento, palabra y acción, sometidas a la influencia de la religión. (MÜLLER, 1950).

El estilo de vida jasídico se basa en el amor a la naturaleza exterior, la música, la danza, etc. Es un gran pecado la depresión, la tristeza, la mortificación del cuerpo. La alegría de vivir y el fervor espiritual son paralelos a la falta de separación entre el mundo divino y humano. En todo ser viviente existen unas chispas de santidad que provienen de su creador, incluso en las personas malvadas. La fusión con el creador impide la melancolía, las abluciones son mejores que las automortificaciones, así que la casa de baños es el lugar mejor para conversar y reunirse antes de la oración.

La doctrina jasídica se basa en el *desdén de la realidad* debido a la supresión de las barreras entre el mundo superior y el inferior. No hay fronteras entre fantasía y realidad y además se vive en el *aquí-ahora* del momento, sin preocuparse por el porvenir. Este constructivismo radical tiene por finalidad el alejamiento de la angustia.

Diversos métodos se emplean para llegar a un estado de exaltación del ánimo: Los fieles se reúnen y se alientan unos a otros con plegarias entusiastas o con relatos de maravillas y milagros de los santos *tzadikim*; con frecuencia se bebe aguardiente, se danza, se canta y se excita a la vez al cuerpo y al lama. La *embriaguez de la fe* saca al hombre del mundo sensible y lo transporta a un mundo imaginario,

lleno de luz y alegría. En esto reside la fuerza de atracción del jasidismo para las masas populares. (Pág. 231), (DUBNOW, vol. II, 1977).

El encuentro con otros hombres es mejor que el encierro en la lectura y relectura de las escrituras sagradas. La bibliofilia estéril pone por encima de los sentimientos la *verdad* de los libros y se reprime el placer del encuentro con los otros y especialmente con el Tzadik que es el mediador entre el mundo superior y el inferior.

Las características del líder o *Tzadik* (A.A.VV. *Hasidism en Encyclopaedia Judaica*, 1978), el cual posee un extraordinario magnetismo, que se expresa a través de diversas actividades y alegorías. «Es creído, devotamente admirado y obedientemente seguido». Simboliza la unión con Dios y, como líder carismático, es una mezcla de confesor, moralista, consejero y predicador en reuniones alrededor de él. Es un mediador entre el cielo y la tierra, así como un vínculo con la deidad.

Tanto en las enseñanzas como en los cuentos jasídicos leemos con frecuencia acerca de tzadikin que tomaban sobre sí los dolores de los demás, e incluso que expiaban en lugar de los demás sacrificando su propia vida. Pero muy raras ocasiones (como en el caso de Rabí NAJMAN de Bratzlav) leemos que el verdadero tzadik puede realizar el acto de volver a Dios en lugar de aquellos que le son más próximos y queridos. El autor agrega en seguida que este acto realizado en lugar de los otros facilita el retorno a Dios del propio jasid. El tzadik auxiliaba a todos pero no releva a nadie de lo que debe hacer por sí mismo. Ayuda al jasid aún por medio de su propia muerte; aquellos que lo rodean en la hora final reciben «una gran iluminación...».

A través del tzadik todos los sentidos del jasid son perfeccionados, no por una dirección consciente, sino por la proximidad corporal. El hecho de que el jasid mire al tzadik perfecciona su sentido de la vista; el escucharlo su sentido del oído. En la existencia misma del tzadik y no en sus enseñanzas reside su eficacia, no tanto por el hecho de su presencia en circunstancias extraordinarias como por acompañar el curso corriente de los días, sin énfasis, sin deliberación, inconscientemente; no porque esté allí como un líder intelectual sino como un hombre completo en su existencia terrenal, en la que la totalidad del ser es puesta a prueba. (BUBER, 1993), (pág. 30).

La vida de MORENO tiene un paralelismo notable con la del Tzadik DAVID DE LELOV. BUBER (1993) sostiene que era sabio e infantil, accesible a todos pero ajeno al pecado, aunque

protegía a los pecadores. Fue jasid cuando abandonó el ascetismo y, como MORENO, polemizó con sus maestros. Durante tiempo se opuso a ser considerado como Tzadik y vivía como tendero. Le gustaba viajar por el país y confortar con palabras fraternas. En los pueblos se reunía con los niños y dirigía sus juegos, se iban de paseo o tocaban música. En las plazas atendía a los animales que estaban descuidados hambrientos o sedientos. Al igual que el creador del Psicodrama, su misión más importante era mantener la paz entre los hombres e invitaba a la reunión de los enemigos. Ambos llevaron a cabo la unidad entre su vida y obra.

La oración es un modo de éxtasis que comprende sonidos, danzas y palmas; lo que prima es la alegría del grupo, a pesar de que la herencia del cargo de *Zaddik* acabó en parte con esta frescura. En las reuniones jasídicas los líderes se reúnen a comer y alrededor están los seguidores que cantan y bailan; al final de la comida, los seguidores asaltan la mesa de los maestros para recoger las sobras. Sus enseñanzas se basan, como en toda tradición judaica, en parábolas que transmiten figuradamente el significado de sus palabras.

Llegamos así a los fundamentos mismos del jasidismo, en los que se basa la convivencia de los inspiradores con los inspirados. La quintaesencia de esta vida es la relación del tzadik con sus discípulos, que revela con toda claridad la interacción entre unos y otros. El maestro ayuda a sus discípulos en la búsqueda de sí mismos y, en las horas de desesperanza, los alumnos ayudan a su maestro a reencontrarse otra vez. El maestro enciende las almas de sus discípulos y ellos lo rodean e iluminan con la llama que él alumbró. El discípulo interroga y su manera de preguntar provoca inconscientemente una respuesta que el espíritu de su maestro no hubiera hallado sin el estímulo de la pregunta. (BUBER, 1993), (págs. 31-32).

Este acoplamiento discípulo maestro es la clave del éxito de toda psicoterapia y de ello se ha ocupado mucho la Terapia Familiar que preconiza el ajuste entre Sistema Familiar y Sistema Terapéutico. Los tzadik, que fueron pioneros en esta conjunción beneficiosa, lo explican por medio de parábolas. Una que viene muy bien es la que cuenta BUBER en la obra citada. El Día del Perdón se encontraba BESCHT muy contrariado. Quería recitar las bendiciones a la luna nueva, pero el cielo estaba encapotado, a pesar de sus esfuerzos. Sus discípulos, que no conocían sus pesares, comenzaron a bailar alegremente en círculo, acompañando el oficio del

maestro. El júbilo les llevó a salir al exterior, arrastrando a su maestro. Una vez allí, la luna llena surgió esplendorosa entre las nubes. El éxtasis de los discípulos consiguió lo que el maestro no pudo lograr. En otra ocasión le preguntaron por la imposibilidad de que Gabriel le enseñara a José setenta lenguas en una sola noche, como afirma el Talmud. El BAAL SHEM empezó un discurso que parecía no tener que ver con el tema y cada vez más ininteligible, hasta que un discípulo dio un golpe ¡Turco!, más tarde ¡Griego! y así sucesivamente.

En una ocasión sus discípulos le preguntaron como podía saber si un Tzadik es verdadero.

El BAAL SHEM repuso. «Pedidle que os aconseje cómo hacer para evitar los pensamientos profanos que os perturban durante los estudios y las plegarias. Si os da consejos, entonces sabréis que es uno de aquellos cuyas palabras no deben ser tomadas en cuenta. Porque ésta es la tarea del hombre en el mundo, hora a hora, hasta el momento de la muerte: luchar constantemente con lo extraño y elevarse una y otra vez para acceder al ámbito del Divino Nombre». (Pág. 122), (BUBER, vol. I, 1993).

Al igual que algún afamado psicoanalista, no le gustaba que tomaran apuntes de sus disertaciones y cuando las vio escritas no las reconoció como propias. A diferencia de él, no fue autor de ningún libro y, como Jesucristo, su doctrina se escribió bastante después de su muerte.

Para el Rabí BARUJ, nieto del BAAL SHEM, Dios creó el mundo por medio de la palabra y no del pensamiento. Esta primacía de la palabra vale para el pensamiento, los pecados y sobre todo para el encuentro con los otros.

«Cada hombre anhela realizar algo perfecto en el mundo. El mundo necesita de cada uno de los seres humanos. Pero están aquellos que se sientan en su cámara, detrás de la puerta cerrada, y estudian y jamás abandonan su casa para hablar con los otros. Por eso se los llama malvados. Si hablaran con la gente llevarían a la perfección algo que está destinado a ser perfecto. Esto es lo que significan las palabras "Y no seas malvado ante tus propios ojos". Puesto que te contemplas únicamente a ti y no vas al encuentro de la gente, no llegues al mal a través de la soledad». (Págs. 144-145), (BUBER, vol. I, 1993).

Para estudiar el Talmud adecuadamente proponía un intercambio de roles con cada uno de los personajes de la Historia Sagrada, de esta manera se aprendía su espíritu y constituye una

anticipación de lo que será el Juego de Roles de MORENO.

Otro Tzadik, RABI SHALOM, proponía a sus discípulos, lo que cien años después se conocerá como la Asociación Libre, que les contará todos los «pensamientos ajenos» que pasen por sus mentes y les impida concentrarse en la oración.

Para BUBER (1993) Jasid es un ser humano que se pregunta por el significado; de ahí que al Maestro MENDEL DE VORKI conteste con el silencio.

En su caso el silencio no fue un rito, como entre los cuáqueros, ni una práctica ascética como en algunas sectas hindúes. El rabí de KOTZ lo llamaba un *arte*. El silencio era su senda. No se basaba en un principio negativo; tampoco es meramente la ausencia de la palabra. Era positivo y tenía un efecto positivo. (Pág. 93), (BUBER, vol. I, 1993).

El efecto positivo se irradia a los demás y la descripción anterior es perfectamente aplicable a la psicoterapia, donde, como MENDEL DE VORKI, al Maestro utiliza y habla sobre los efectos terapéuticos del silencio.

El Jasidismo sostiene una idea krausista o panenteísta de Dios, en un intento de armonizar panteísmo y teísmo. Se trata de un panenteísmo místico en el que la divinidad conecta con el hombre y es lo que le diferencia del panteísmo racionalista de SPINOZA, que es una admisión racional ante la grandeza de Dios. El BAAL SHEM acercó sus doctrinas a las concepciones del hombre común, por ello da primacía al sentimiento sobre el conocimiento, al amor sobre el temor, al espíritu animoso y feliz sobre la depresión y la tristeza.

Los jasidim afirman que el conjunto del universo se viste de Dios como una concha de caracol recubre al caracol. Esta noción se encuentra preñada de optimismo ya que toda melancolía es una barrera entre el hombre y su hacedor. El entusiasmo ardoroso intenta armonizar el intelecto y el sentimiento, pero desde la perspectiva de la «santa intuición chispeante» que libera al hombre. Éste con sus «Aguas masculinas y femeninas» asiste a la unificación del Santo Uno, bendecido por Él y siendo Él.

El Jasidismo posee una preocupación social, pero también el culto a Dios se hace por medio del cuerpo: Comida, danza, canto, relaciones sexuales, etc. Esto último resulta muy difícil que sea admitido por cualquier religión, por más que el culto del cuerpo tenga como fin llegar al espíritu. Para ellos, no hay oposición entre espíritu y materia, ni tensión entre la interioridad

individual y las formas sociales, puesto que la comunidad es la condición necesaria para la realización individual de la experiencia mística. Por mediación del contacto concreto con lo material se logra una comunicación con Dios, por eso priman la relación con los otros sobre la oración, ya que en lo primero «Dios está presente».

Estos rasgos jasídicos hacen que el creyente se ponga en contacto con el bien y con el mal, transformando el segundo en el primero.

El *status* existencia del hombre fue concebido de nuevo en el jasidismo y se enfatizó una actitud de resignación ante el mundo. El jasidín es invitado a alegrarse de cara a obviar las posibilidades de orientar su sí mismo y sustituir, como meta inicial, el culto a Dios por la satisfacción personal. (A.A.V.V. *Hasidism* en *Encyclopaedia Judaica*). (Págs. 1412 y 1413).

La música es un vínculo entre el hombre y su creador, la danza tiene un gran significado, no sólo en las sinagogas, sino también en las bodas, fiestas, etc... De forma que ambas se conjuntan en su unión con Dios.

Las relaciones del Tzadik con sus discípulos y sobre todo sus revelaciones tiene un gran parecido con algunos congresos científicos donde un egregio representante del Psi (Escuela de Psicoterapia) va a desvelar la verdad oculta en la doctrina escrita por el Gran Maestro. Para ello nada mejor que el siguiente párrafo:

Pensemos en cómo el Tzadik está sentado a la mesa en sábado durante el «tercer banquete», y en torno suyo toda una reunión de jasidistas. En el claroscuro del anochecer se hace oír la voz de él; diserta sobre la sección de la Torá correspondiente a la semana o sobre algunos versículos que sus admiradores le proponen. Interpreta los versículos «según la Cá-bala»; se detiene por un momento como sumergido en sus pensamientos; y de pronto se enciende y comienza a revelar secretos de la Torá; el público sorbe, sediento al máximo, las palabras del Tzadik y encuentra en ellas más que lo que el disertante les atribuía. Las más de las veces estas disertaciones son improvisaciones confusas, que pueden ser interpretadas de maneras diversas. El jasidista entusiasmado cree que ha oído las palabras de la Schejiná misma, de la Presencia Divina, que en esa hora santa se posaba sobre el Tzadik. Y, de este modo, también él, el hombre simple, participa de las santidades más elevadas, y sus pensamientos vagan en el mundo superior. Y sale de la casa del Tzadig encantado de la exaltada visión y como purificado de las nimiedades del mundo. (Págs. 232-233), (DUBNOW, vol. II, 1977).

Esta situación, más las exageraciones acerca de la vida y obra del Gran Maestro, pueden crear y mantener una escuela Psi que, como el resto, se proclama como la verdadera con exclusión de las demás.

Ni todos los maestros son iguales, ni todas las escuelas son excluyentes. Este largo excurso por el Judaísmo se justifica por el hecho de que casi todos los grandes creadores de las Escuelas de Psicoterapia de este siglo han sido judíos y que las diásporas tras las dos guerras mundiales ha contribuido a su diseminación. En el caso de MORENO hay que reconocer que tenía sus filias y fobias muy específicas, pero que recogía temas de otras tendencias y actualmente sus aportaciones son utilizadas por otras orientaciones, sin reconocer su origen. Esta es la tragedia de quien no ejerce una disciplina férrea sobre sus discípulos y permite su desarrollo espontáneo. Es lo que ha sucedido con las religiones integradoras, cuyo destino ha sido confundir su mensaje y degradarlo; siendo lo único en que han estado de acuerdo las demás tendencias. ¡Ajálá que no ocurra lo mismo con las tendencias integradoras en Psicoterapia!

En palabras de SARRO, una de las preocupaciones de MORENO era que el ser humano hiciera de Dios. Al principio Dios sabía todo, pero estaba distante. Él, como un *Zaddik*, lo trajo más cerca. El Dios del amor era muy traicionado, por eso lo transformó en el Dios Yo; pero proclamar que Yo soy Dios es muy herético, puesto que socaba el fundamento de las religiones oficiales. Resulta comprensible la persecución que el jasidismo empezó a sufrir, por parte de la corriente oficial judía, en los siglos XVIII y XIX y que casi lo extermina. Lo más revolucionario es que, según el jasidismo, el hombre es responsable de todo lo que sucede en el mundo y se ve compelido a cambiar en lo posible, ya que ha tomado la responsabilidad del mundo.

BUBER fue el responsable de rescatar el Jasidismo del olvido al que había sido relegado, de ahí que se califique de neojasidista y que reclame la tierra original de los judíos (Israel). MORENO y BUBER, tienen muchos puntos en común, los dos participan en *Daimon*, y les une el concepto de *encuentro*, aunque tengan sus diferencias.

La idea central de la filosofía religiosa de BUBER es también la del *encuentro*. El hombre tiene relación con seres personales y con cosas; la relación personal se expresa en los pronombres Yo-Tú; la relación con las cosas, por Yo-Ello. Una persona puede ser tratada como un objeto; en este caso se desvirtúa el encuentro.

La esencia más alta de lo humano, la orientación hacia lo divino en el hombre, es la categoría de la relación, el entre-dos de un Tú y un Yo; no es lo más alto lo que reside en el Yo y en el Tú, sino lo que transcurre entre ambos, el diálogo. (SARRO en SCHÜTZENBERGER, 1970), (pág. XVII).

Las influencias mutuas entre MORENO y BUBER son muy tempranas. BUBER escribe *La Leyenda de BAAL-SHEM* en 1908 y *Mi vía hacia el Jasidismo* en 1918, justo cuando comienza a colaborar en *Daimon*. El primer libro de MORENO, *Invitación al Encuentro* (1914), contiene un verso esclarecedor y que será parte del lema de su libro *Psicodrama*:

*Un encuentro de dos: Ojo a ojo, cara a cara.
Y cuando estés cerca te arrancaré tus ojos
y los colocaré en el lugar de los míos,
y tú arrancarás mis ojos
y los colocarás en el lugar de los tuyos,
entonces te miraré con tus ojos
y tú me mirarás con los míos.*

(MORENO, 1978)

Se concluye, de acuerdo con SARRO (op. cit., 1970), que si en vez de psicoterapia se hablara de religión habría que considerar a estos dos autores como neojasidistas. Si bien BUBER citó el Jasidismo de forma frecuente, MORENO guardaba estas influencias para la intimidad, aunque sus actos denotaron claramente su adscripción a los ideales neojasidistas.

SOCIOLÓGICO

MORENO presenta una concepción global de la sociedad y de las relaciones humanas y, además, trata de medir las relaciones anteponiendo la persona al número, para ello crea la Sociometría, la cual aporta a la Sociología (MORENO, 1962):

- La *Ley de la Gravitación Social* o de la movilidad. Las agrupaciones se distribuyen en el espacio conforme a unas reglas, válidas para cualquier tipo de miembros que compongan dichos grupos.
- La *Ley Sociogenética*. A medida que los grupos se diferencian, aumenta la complejidad de las relaciones interpersonales; de tal forma que las formas más elaboradas de organización social derivan de las más simples.
- La *Ley Sociodinámica*. En el grupo el número de elecciones varía, unos pocos reciben muchas elecciones y muchos son poco elegidos y esta distribución no cambia aunque aumenten las posibilidades de elegir.

— El *Test de las Configuraciones Sociales o Test Sociométrico*, del que se tratará en extenso más adelante, mide las elecciones efectuadas en un grupo.

— El *Átomo Social*. Es el núcleo más pequeño de una pauta interpersonal en el universo social; es decir, las personas con las que un individuo dado se encuentra vinculado. De matriz emotiva, se define por su intensidad, expansividad, equilibrio y flexibilidad.

— El fenómeno de la *Tele-Relación*. Es la percepción o atracción a distancia.

La filosofía que le anima es utópica, próxima a los falansterios de FOURIER o a las aldeas de cooperación de OWEN, pero con un estudio previo más elaborado del que carecieron estos autores.

Critica el colectivismo marxista que ahoga al individuo y explica el nacimiento de la Sociometría en América porque:

- El americano, más que cualquier otro, fija su *status* en medidas: *Homo-metrum*.
- América, entre las dos guerras mundiales, tenía muchos emigrantes.
- Era una colección de estados con individuos provenientes de varias razas y culturas, por lo que precisaba de su integración: *La Sociometría*.

A lo anterior se puede añadir un cierto funcionamiento grupal a nivel social, debido a la emigración cuáquera a EE.UU. Los cuáqueros fundaron *Filadelphia* (Ciudad del Amor Fraternal); lo que puede explicar el arraigo de las asociaciones, las reuniones y los grupos en América del Norte. Precisamente en Philadelphia se celebró en 1932 el congreso de la Asociación Americana de Psiquiatría y durante el transcurso del mismo fue cuando MORENO definió por primera vez la Psicoterapia de Grupo.

Tras un largo calvario, que acabó cuando se reconoció su título de médico en Estados Unidos, MORENO comenzó una serie de trabajos sociométricos institucionales que supusieron una revolución del medio institucional y un serio y olvidado estudio sociológico de las instituciones. Entre sus estudios destacan los efectuados en la Prisión de Sing-Sing y en la Escuela de Entrenamiento para Jóvenes Mujeres de Hudson (MORENO, 1962); además fundó la revista *Sociometría* y la Asociación de Sociología.

PSICOLÓGICO

La influencia de FREUD no es mera antítesis o enfrentamiento, como sostiene GARRIDO

(1978). Por un lado, los canales entre Bergasse 19 y Maysedergasse 2 (Casa de Freud y Teatro de la Espontaneidad) son evidentes, aunque no muy explícitos; si se exceptúa el que REIK fue un asiduo del Teatro de la Espontaneidad y SCHNITZLER uno de sus dramaturgos. Por otro, las diferencias, en cuanto a los orígenes concretos, son tan marcados como el hecho de que ANA O, la paciente de BREUER, sufría una histeria de conversión, estaba hospitalizada, y se curó en una terapia individual que buceaba en el pasado, por medio de la palabra; BARBARA, por el contrario, cambia gracias a la interacción con los otros, en el presente de la escena y a través de la acción creadora.

Son dos encuadres distintos, con finalidades diversas que, además, pueden vivificarse si se sabe distinguir entre: catarsis de integración-abreacción, coinconsciente-inconsciente individual, tele-transferencia, etc. Las palabras parecen semejantes, pero expresan concepciones psicológicas muy distintas, que llevan a experiencias y prácticas diferenciadas. La catarsis de integración reúne las partes escindidas o reprimidas del sujeto y las hace presentes en la escena, para ello parte de la escena manifiesta y llega a la escena latente por medio de escenas intermedias, este proceso requiere tiempo y, a veces, varias sesiones, que pueden estar separadas en el tiempo. La abreacción es mera eforación o exteriorización de sentimientos, produce una purificación del sujeto, pero no aporta nada nuevo a su existencia. El coinconsciente es un fenómeno interactivo por el que varios sujetos tienen la misma idea sin ponerse previamente de acuerdo, suele suceder en individuos con una buena empatía que, por ejemplo, piensan lo mismo en un momento dado, aunque estén muy lejos. El inconsciente individual es aquella parte ignota del sujeto, pero que rige su actuación y modula sus acciones conscientes. Tele es la percepción a distancia de una persona por otra, participa de la empatía y de la transferencia, pero es algo más. Transferencia es la percepción deformada de otra persona, a la que transferimos las percepciones de otras personas significativas de nuestra existencia.

La articulación Psicoanálisis-Psicodrama no es imposible, pero sí que resulta compleja. Lo que el Psicoanálisis expresa con palabras: Escena Primaria, Escena de la Escalera (Dora), Escena del Lago (Dora), Complejo de Edipo, etc.; el Psicodrama lo pone en acción. No obstante, la visión individual y ceñida a la palabra es un enfoque diferente del que se circunscribe al grupo y a la interacción. ALBIZURI et al. (1982).

ZERKA TOEMAN MORENO, en su obra *Los morenianos heréticos de ayer son los ortodoxos de hoy* (GREENBERG, 1977), (págs. 56-67), subraya los siguientes cambios que el Psicodrama ha producido en el Psiconálisis:

Hemos sustituido el ello, el yo y el superyó por la creatividad, la espontaneidad y las reservas culturales; el psicoanálisis por la psicoterapia de grupo; la asociación libre por el rol, el diván por el escenario o el espacio de acción abierto; la interpretación por el proceso de calentamiento (*warming-up*) y el psicodrama, la comunicación verbal por la actuación. (Pág. 57).

Estas afirmaciones parecen exageradas, sobre todo si se percibe la beneficiosa influencia de las dos teorías. El mismo MORENO, conocedor del Psicoanálisis, propone un acercamiento cuando sugiere comprobar, por medio del Psicodrama, las teorías psicoanalíticas, lo que algunos psicoanalistas han hecho, RODRIGUE, representa un sueño de FREUD (la inyección de Irma); o la integración que he propuesto entre Psicodrama, Psicoanálisis y Gestalt (ESPINA BARRIO, 1991). Todo ello abre un campo inmenso a la investigación psicodramática de los mitos.

Otras aportaciones psicológicas como el Conductismo y la Gestalt son criticadas por MORENO debido a su empirismo animal, así afirma «una matriz de acción registra los actos y los acontecimientos, una matriz de conducta registra observaciones de actos y de acontecimientos». Sin embargo incorpora estas dos concepciones dentro de un sistema más amplio, el sistema de acción, que se ocupa de un organismo de un tipo más elevado: El actor *in situ*. (GARRIDO, 1978).

Para KELLY (1978) el Conductismo y el Psicodrama son mundos no tan lejanos. Esto, que en la práctica es muy cierto, no resulta tanto para la teoría, ya que, como decía MORENO, «cuando se muestra lo que se hace, se encuentra menos diferencias que cuando se dice». KELLY distingue dos grandes escuelas conductistas:

- *Condicionamiento Operante* (THORNDIKE, WATSON, SKINNER) cuyo énfasis en el medio concuerda con el contexto psicodramático.
- *Clásica o Pauloviana* que se centra en las medidas cuantitativas de las diferentes funciones del cuerpo, como secreciones o impulsos nerviosos. Aunque la conducta es vista como una función del medio interno y externo.

Un discípulo de PAULOV, GANTT, fue el introductor hace 50 años del conductismo en EE.UU., en la misma época que MORENO pre-

sentaba el Psicodrama. Ambos nacieron en la misma época y vivieron su juventud de forma intensa. Por procedimientos opuestos, llegaron a conclusiones parecidas. GANTT en sus experimentos de laboratorio y MORENO en sus diferentes grupos. Para el primero:

Lo fundamental de sus hallazgos fue que el organismo no posee una capacidad de adaptación al medio innata. Hay escisiones o reacciones conflictivas en los organismos, que cuestionan seriamente la noción de homeostasis. (KELLY, 1978).

Éstos son la *Esquizokinesis*, ausencia de armonía entre diferentes partes del organismo, p.e., corazón y digestión, y la *Autokinesis* o capacidad del organismo de desarrollar nuevas conexiones nerviosas, incluso en ausencia de repetición de las experiencias. Estas ideas cuestionan la consideración del organismo como un receptor pasivo del moldeado del medio, e incluso señala la capacidad del organismo para cambiar, sin la necesidad de un estímulo repetido. Para GANTT la conducta observable se encuentra en la encrucijada entre medio interno y externo y además considera al hombre como un agente activo del cambio que allí se genere.

MORENO también critica la dicotomía medio interno/externo, destaca la creatividad del niño, siendo el hombre un activo participante del medio que le rodea. La espontaneidad determinará la adecuación de sus respuestas, siendo éstas menos rígidas y más flexibles. El Psicodrama, por medio de la multiplicación dramática, proporciona múltiples salidas adecuadas a una determinada situación.

Ambos autores están de acuerdo en que la conducta no puede ser expresada completamente por la ciencia y que el medio es el lugar donde la conducta ocurre. GANTT demuestra en el laboratorio la importancia del *efecto persona*, lo que en Psicodrama se subraya como el *encuentro*. Los dos dan una primacía al contacto entre los seres humanos.

GANTT, fisiólogo se dedica a medir las unidades de la vida; MORENO, dramata, encuentra sentido en muchos actos de los hombres realizados gracias a su creatividad. Ambos están seguros en sus interpretaciones de lo que subyace a la conducta. El conductismo no se restringe a considerar el organismo como un simple motor en movimiento. Por el contrario, el optimismo y la integración deberían ser resaltadas... Tampoco el Psicodrama se pierde en altivas e infundadas expresiones para el hombre. «El objetivo del psicodrama era, desde su creación, construir un lugar terapéutico que usa

la vida como modelo, para integrar allí las diferentes formas de vivir —comenzando con los universales tiempo, espacio, realidad y cosmos— hasta los detalles y matices de la vida...». Cada orientación tiene contribuciones que hacer, pero cuando se sugiere una comparación desde una perspectiva abierta, la ciencia la conducta añade una dimensión artística, mientras que el arte de la conducta afirma sus raíces científicas. (KELLY, 1978).

Una cualidad del Psicodrama es que, a pesar de ser una concepción holista del mundo, se encuentra abierta a otras tendencias y dispuesto a regalar sus ideas, para que otros se las apropien y las vivifiquen, lejos de cualquier prioridad: BUBER, GOFFMAN, MINUCHIN, ROSEN, etc. (GREENBERG, 1982). Pero algo que MORENO no toleraba es que sus conceptos fueran separados de su filosofía, tal y como ZERKA MORENO pone en boca de su marido:

Tomen mis ideas, mis conceptos, pero no los separen de su progenitor, la filosofía; no partan en dos a mis criaturas, como en un juicio salomónico. Quiéranlos en su totalidad, apoyen y respeten la estructura completa sobre la que descansan. Apropiénselos tan totalmente como hago yo. Inviértanse los roles conmigo y pónganse enteramente en mi posición. (GREENBERG, *Moreno y el Psicodrama-Biografía e historia*, 1977), (pág. 65).

El Psicodrama precisa de una filosofía de la vida, ésta se encuentra en alguno de los libros poéticos de MORENO. ZERKA supo valorar la importancia de *Las Palabras del Padre*, revisó su traducción inglesa, y de otra posterior, conocida en español como *Los Fundamentos de la Sociometría*:

El universo es infinita creatividad (pág. 58).

Espontaneidad-creatividad es el problema de la psicología; en verdad, es el problema del universo (pág. 59).

Cuando el siglo XIX llegó a su término y se hizo el balance final, la que para muchos espíritus resultó ser su mayor contribución a las ciencias mentales y sociales fue la idea del inconsciente y sus catexias. Cuando cierre sus puertas el siglo XX, creo que su mayor logro resultará ser la idea de espontaneidad y creatividad, y el vínculo significativo e indestructible que hay entre ellas. *Si el siglo XIX buscó el «mas bajo» denominador común de la humanidad, el inconsciente, el siglo XX ha descubierto, o redescubierto, su «más alto» denominador común, la espontaneidad y la creatividad* (Who Shall Survive? en GREENBERG Moreno y el Psicodrama-Biografía e historia, 1977), (págs. 59 y 60).

Por otra parte las ciencias sociales se diferencian de otras en que los sujetos de experimentación son actores de la misma y no meros objetos susceptibles de ser manipulados, sino co-científicos y co-productores del diseño experimental a realizar.

Detrás de muchas innovaciones en sociología, psicología, psiquiatría, educación y teatro se halla la crítica imagen de MORENO. (...) Piénsese en la influencia de la teoría de los roles sobre las obras de T. PARSONS y E. GOFFMAN (1934). Piénsese en la omnipresente influencia del concepto de rol y del concepto de espontaneidad y creatividad sobre toda la literatura educacional moderna; en los comienzos de la terapia del juego en las primeras obras de MORENO, con influencia directa o indirecta sobre ANNA FREUD y MELANIE KLEIN (*La Divinidad como Comediante*, 1919; *El Teatro de la Espontaneidad*, 1923). Piénsese en el concepto de «juego para adultos» o «jardín de infantes para adultos» que él postulara y que está ejemplificado ahora en las teorías de los juegos y en los juegos —formales o informales— que juega la gente. (Op. cit.), (págs. 62-63).

No resulta difícil ver a MORENO como un precursor del constructivismo, por más que sea olvidado en la Teoría de los Constructos Personales de KELLY, la cual debe mucho a la Sociometría. Pero el énfasis en el *aquí-ahora*, la realidad *extra* de la escena psicodramática, las técnicas de proyección al futuro, etc., son intervenciones sobre las que se basan los constructivistas con su *Pregunta del Milagro* de SHAZER o la construcción de una realidad más compleja o libre de síntomas, su insistencia en el hacer más que en el pensar y su concepción de que es el cliente el constructor de su propia realidad y, por lo tanto, el dueño de su existencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. A.A.VV.: *Hasidism*. Vol. 7, Fr-Ha de la *Encyclopaedia Judaica*, 1.^a ed., 1972, Keter Publishing House, Jerusalem, 4.^a ed., 1978 (págs. 1389-1432).
2. ALBIZURI DE GARCÍA, et al.: *Escenas, Sueños y Psicodrama*. Colección Encuentros, n.º 3,

- Docencia-Proyecto CINAÉ, Buenos Aires, 1982 (pág. 99).
3. BUBER, M.: *Yo y Tú*. Colección Ensayos, Filosofía, Nueva Visión, Buenos Aires, 1969 (pág. 110). (Traducido de la V.O. alemana por Horacio Crespo).
 4. BUBER, M.: *Cuentos Jasídicos-Los Primeros Maestros*. Paidós Orientalia, n.º 11 y 12, Paidós, Barcelona, 1.^a reimp. en España, 1993 (vol. 1, 242 págs. y vol. 2, 187 págs.). (Traducido por Ana M.^a G de Kantor de la V.O. de 1949, titulada *Die Erzählungen der Chassidim*).
 5. DUBNOW, S.: *Historia del Jasidismo*. Vol. 1 y 2, Sigal, Buenos Aires, 1977, (vol. 1, 224 págs. y vol. 2, 257 págs.). (Traducido por León Dujovne).
 6. ESPINA BARRIO, J. A.: *Psicodrama de los Sueños-Integración de Psicoanálisis, Psicodrama y Gestalt*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XI, n.º 38, 1991 (págs. 197-201).
 7. GARRIDO MARTÍN, E.: *Jacob Leví Moreno-Psicología del Encuentro*. Conocer al Hombre, Atenas, Madrid, 1978 (pág. 291).
 8. GREENBERG, I. A.: *Técnicas del tratamiento psicodramático*. Biblioteca: Psicología de hoy-Serie menor, n.º 105, Horme-Paidós, Buenos Aires, 1978, (pág. 185). (Traducido de la V.O., titulada *Psychodrama: Theory and therapy*, por María E. de Fischman y Gabriela Fischman).
 9. KELLY, G. R.: *Behaviorism and Psychodrama: Worlds not so far apart*. Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry, vol. 31, 1978 (págs. 154-162).
 10. MORENO, J. L.: *Fundamentos de la Sociometría*. Biblioteca de Psicología Social y Psicología, Paidós, Buenos Aires, 1962 (pág. 440). (Título original: *Who Shall Survive?* Traducido de la versión francesa de 1954, titulada: *Fondaments de la Sociométrie*, por J. García Bouza y Saúl Karsz).
 11. MORENO, J. L.: *Las Palabras del Padre*. Vancu, Buenos Aires, 1976 (pág. 362). (Traducido de la versión inglesa de 1971 por Jaime Ortiz, 1.^a ed. alemana en 1920).
 12. MORENO, J. L.: *Religion's heritage to science*. Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry, vol. 31, 1978 (págs. 53-58).
 13. MÜLLER, E.: *Le Hassidisme*. Cap. VIII de *Histoire de la Mystique Juive*. Bibliothèque Historique, Payot, París, 1950. (Traducido de la V.O. alemana por M. M. David).
 14. SCHÜTZENBERGER, A. A.: *Introducción al Psicodrama en sus aspectos técnicos*. Aguilar, Madrid, 1970 (pág. 242).

APUNTES PARA UNA LECTURA NEUROFISIOLÓGICA DEL PSICODRAMA

LUIS FERRER I BALSEBRE D.M.

«... Un borrador sin pretensiones que debe su publicación al cansancio o a una de sus variantes más habituales: el sentimiento de que podrían continuar indefinidamente sin que asomara una conclusión más o menos definitiva».

S. LAMAS CREGO

«Sólo hay borradores. Los textos definitivos pertenecen a la religión o al cansancio».

BORGES

El año pasado, en esta misma Reunión¹, expuse una lectura psicodramática desde la teoría de los grupos neuronales de G. EDELMAN².

De ella se desprendían algunas conclusiones a la hora de comprender el funcionamiento de la conciencia desde sus fundamentos neurofisiológicos.

Permítaseme recordar los puntos —a mi juicio— más destacables:

1. *La unidad de selección en el cerebro no es la neurona, sino el grupo neuronal.* Ninguna neurona es seleccionada aisladamente en ningún mapa cerebral ni está conectada a una única neurona de otro mapa.

2. Desde la teoría de EDELMAN, *la idea de una memoria escénica debida al almacenaje de atributos fijos y codificados como en un ordenador, queda demostrada como errónea.* Más bien se trata de una modificación de las conexiones sinápticas de los grupos neuronales en las cartografías globales. La rememorización activa partes de las cartografías globales establecidas anteriormente y da lugar así a categorizaciones parecidas a las precedentes pero sometidas a un proceso continuo de recategorización debida a los comportamientos que se suceden uno tras otro.

1. FERRER I BALSEBRE, LL.: *Teoría de la selección de grupos neuronales: lectura psicodramática.* X Reunión Nacional de la A. E. P., n.º 126-127, 1992.

FERRER I BALSEBRE, LL.: *El hombre como sistema de características mixtas.* Informaciones Psiquiátricas.

2. EDELMAN, G. E.: *Biologie de la consciencie.* Odile Jacob, 1992.

3. La capacidad de conceptualización, es decir, de dotar de significado a una rememoración, exige que hayan aparecido en el curso de la evolución áreas especializadas pues «contrariamente a las áreas cerebrales que intervienen en la percepción, las encargadas de la conceptualización, deben poder operar sin entradas directas del exterior». Es decir: *el cerebro formando conceptos, lo que hace es construir mapas de sus propias actividades y no solamente mapas de estímulos externos como en la percepción.*

Para EDELMAN las áreas que intervienen en la formación de conceptos contienen estructuras que clasifican por categorías y combinan las diversas actividades cerebrales que ocurren en diferentes tipos de cartografías globales. Estas estructuras se encuentran en el córtex frontal, temporal y parietal. Representan una «cartografía de cartografías».

4. *Una «escena muda» sería, por tanto, una escena cartografiada a nivel perceptivo pero no conceptualizada; o bien, conceptualizada de tal forma que implica una conducta alterada. Dicho en lenguaje más simple, una escena muda puede deberse a:*

- No reconocimiento de la misma.
- Reconocimiento perceptivo pero sin referente conceptual, es decir, sin posibilidad de «clasificación».
- Una clasificación disfuncional.

5. *Las tres posibilidades generarían una conducta extraña y dotarían a la escena de una especie de «conciencia primaria» exclusiva-*

mente. EDELMAN diferencia entre conciencia primaria y conciencia de orden superior.

La conciencia primaria es el estado que permite darse cuenta de la presencia de las cosas en el mundo, de tener imágenes en el presente, pero no se acompaña de un sentido de la persona con su pasado y su presente. Está desprovista de los conceptos del sí mismo, pasado y futuro, no pudiendo, por tanto, integrarlos en una escena correlacionada y es inaccesible a la auto-descripción directa e individual. (No existe posibilidad narrativa.) Su aparición evolutiva dependió de tres factores: un sistema cortical que permitió a las funciones conceptuales cuando surgieron ligarse al sistema límbico permitiendo así el ensanchamiento de las capacidades de aprendizaje ya existentes; una nueva especie de memoria fundada sobre este vínculo y por último un circuito de reentrada que ha surgido durante la evolución como un nuevo componente anatómico y que permite a la memoria inter-cambiar.

La conciencia superior implica el reconocimiento por un sujeto pensante de sus actos y efectos. Encarna un modelo del pasado y futuro además del presente y permite modelizarlos (narrativizarlos). Nace con la adquisición de competencias semánticas en el curso de la evolución de las especies y se expande con la adquisición del lenguaje y de referencias simbólicas. Las competencias lingüísticas requieren un nuevo tipo de memoria para la producción y audición de sonidos articulados que se vuelve posible por la aparición de la cámara supralaringea.

El psicodrama desde la posibilidad de actuar circularmente tanto desde los in-puts externos, como desde los internos, aparece como una vía privilegiada de paso entre una conciencia primaria y otra superior, responsable en último término de la cura.

6. «No hay pues, como era creencia tradicional, una representación física, pictórica o escénica de objetos o personas en nuestro cerebro. El cerebro sí retiene, por contra, un registro de la actividad neuronal que se da en las cortezas sensorial y motora durante su interacción con un determinado objeto. Para EDELMAN y otros autores como DOMASIO, los registros se incorporan en grupos neuronales que hallamos en las numerosas regiones de *convergencia* del cerebro. En estos sitios, los axones de las neuronas que proyectan información desde una parte del cerebro convergen y se juntan con las recíprocamente divergentes que vienen de otras zonas cerebrales (reentrada). Cuando la reactivación

producida en las zonas de convergencia estimula las proyecciones retroinformativas, muchos grupos neuronales anatómicamente separados y ampliamente distribuidos se disparan a la vez reconstruyendo patrones de actividad mental que ya se habían constituido en otras ocasiones»³.

7. Un sujeto puede recordar determinadas escenas activando los grupos neuronales correspondientes de manera interna, es decir, sin entradas directas del exterior, o viceversa, a través de la interacción con los sujetos u objetos que generaron un determinado patrón de activación neuronal. Grupos perceptivos y conceptualización se hallan interconectados así de manera reentrante.

Partiendo de lo dicho hasta aquí pretendo seguir desarrollando, desde los conocimientos neurofisiológicos disponibles, lo que me he permitido conceptualizar como una *escena muda*, aunque mis anotaciones tengan como primera motivación sembrar la inquietud que permita una lectura actualizada de todo el fenómeno psicodramático.

GAZZANIGA afirma que el ser humano no posee un sistema cognitivo unificado sino que está constituido por módulos relativamente independientes que son en su mayoría sistemas no verbales que tienen afectos, memoria y habilidades especializadas y pueden efectuar respuestas reales (GAZZANIGA en KESSEL, COLE, JOHNSON, 1993).

Siguiendo a S. LAMAS⁴ (1994). Una prueba importante para demostrar que la conciencia de sí y el Yo están vinculados con el lenguaje (como señala EDELMAN) es que el cerebro derecho, que casi siempre carece de capacidad lingüística, puede realizar tareas pero «no es consciente de que las hace». Sólo el izquierdo cuando es el único con capacidad lingüística da cuenta de lo que hace y de los «por qué» de su comportamiento. Cuando el cerebro derecho de los pacientes llega a desarrollar capacidad lingüística adquiere también, al mismo tiempo, la autoconciencia. Veamos un ejemplo de GAZZANIGA y SPERRY citado por LAMAS: «Un paciente con el cerebro dividido por comisurectomía del cuerpo calloso ríe cuando se le proyecta en su hemisferio derecho una imagen de una mujer desnuda pero no acierta a explicar por qué ríe, o bien su hemisferio izquierdo "inventa una historia para

3. DOMASIO, A. R. y DOMASIO, A.: *El cerebro y el lenguaje*. Investigación y Ciencia, nov. 1992, n.º 194.

4. LAMAS CREGO, S.: *El Yo y otros objetos no identificados*. (en prensa). SISO-SAUDE. Monográfico n.º 6.

hacerlo”: *¿qué máquina tiene usted, doctor!*».

El lado izquierdo construye «una narración» que justifica y da coherencia a los hechos para los que el paciente no dispone de explicación.

GAZZANIGA matiza años después sus afirmaciones en un debate con DENNETT (KESSEL, COLE, JOHNSON. *Self and Consciousness*). Actualmente sostiene que «*el cerebro humano debe ser contemplado más como una entidad sociológica que como una simple entidad psicológica... el cerebro está organizado en términos de módulos separados cada uno de ellos dedicado a sus tareas de computación independiente que permanecen largamente inaccesibles para otros módulos*». Estas actividades de computación son, en su mayoría, no verbales y el sistema verbal no posee por lo general conocimiento de esas actividades por sí mismo. Toma conciencia de ellas a través de la producción de conductas que él puede observar o encubiertamente a través de señales neuronales.

No es aventurado, afirmar que el patrón de registro neuronal de una escena en su aspecto más gestáltico se efectúa en cerebro derecho; siendo el izquierdo quien —de poder hacerlo— digitalizará en forma de banda sonora dicha escena, permitiendo su conceptualización, categorización y modelización. Ello, la dotará de una conciencia (autoconciencia) del tipo superior de EDELMAN, y permitirá su inserción dentro de la cadena narrativa del sujeto.

Afirmaciones que demuestran los experimentos de ZEKI⁵ (1992) con relación al proceso de visión. Otras lesiones neurológicas ayudan, también, a entender la complejidad de estos mecanismos modulares. Los pacientes que tienen (DAMASIO, 1993, citado por LAMAS, 1994) dañado el «segmento temporal del giro lingual izquierdo» sufren *anomia cromática*. Estos pacientes mantienen intacta la experiencia del color, son capaces de diferenciarlos, de agruparlos, pero está alterada su capacidad de darle nombre a los colores. El problema parece residir en el sistema que media entre la percepción del color y la elaboración verbal. La capacidad visual es el resultado de una colaboración entre módulos diferentes sin que pueda afirmarse que exista algún tipo de «región procesadora central».

Lo que parece desprenderse de estas experiencias es que el hemisferio derecho carece de conciencia de sí cuando no posee al mismo tiempo capacidad lingüística; mientras que el izquier-

do sí la posee y sin necesidad de recurrir al derecho.

CRICK y KOCH (1992) corroboran en sus trabajos al respecto, las mismas hipótesis, y también para VARELA (1990) «*la conducta del sistema visual se parece más a una animada charla en una fiesta que a una cadena de mando*».

LAMAS (1994) apunta que podría ocurrir que «*la conciencia visual tuviera que ver con la capacidad de nombrar (y nombrar es digitalizar) lo que se está percibiendo y cuando esta posibilidad de dar nombre, es decir, de establecer una diferencia, otorgar una significación, está imposibilitada, la conciencia estaría también ausente*».

Afirmaciones y demostraciones que creo interesantes a la hora de poder explicar desde la neurofisiología, fenómenos de cambio psicoterapéutico como el in-sigth psicoanalítico o la catarsis de integración que se contemplarían como digitalizaciones (procesamiento izquierdo), de un registro analógico (fundamentalmente derecho). El sujeto puede ser desde una computación derecha, pero para conocer precisa de la conexión con la parte izquierda, única posibilidad de establecer diferencias, categorías y narraciones acerca de sí mismo, de lo que hace y por qué lo hace.

Comenta LAMAS acerca de un texto de SAKS, algo que aclara nuestra afirmación acerca del proceso de *iluminación* terapéutica:

«*Ildefonso era un sordomudo congénito que pasó 27 años de su vida en un confinamiento solitario. Era capaz de trabajar realizando faenas agrícolas pero era incapaz de comunicarse pues incluso desconocía lo que era una señal. Su mundo era mimético. Repetía los gestos laborales que veía hacer. Cuando comenzó su entrenamiento en el lenguaje de señas fueron necesarias semanas de repetición hasta que un día surgió la iluminación. Ildefonso comprendió de repente que la señal gato era algo más que un movimiento que debía imitar, que se refería a algo que era aquel objeto móvil que tenía delante. A partir de ese momento, dice su adiestradora, “lo va captando todo como si no lo hubiera visto jamás...”*» (SAKS, 1991).

«*¿Tenía, antes de su iluminación, Ildefonso, conciencia visual?; ¿veía como ven los animales? ... Podríamos pensar a la vista de esta experiencia que Ildefonso adquiere conciencia visual cuando a un mapa visual se le superpone un mapa sígnico y es esta superposición lo que permite disponer de conciencia visual y en general de autoconciencia*» (LAMAS, 1994).

El hecho del funcionamiento autónomo de ambos hemisferios, su diferente funcionalidad,

5. ZEKI, S.: *La imagen visual en la mente y el cerebro*. Investigación y Ciencia, nov. 1992, n.º 194.

su conexión retroactiva, la necesidad de su articulación en paralelo para conseguir eso que llamamos autoconciencia, parece confirmarse con las experiencias comentadas pero, ello, no resta un ápice de dificultad a la cuestión de fondo para la que aún no disponemos de una red teórica convincente:

«*Estamos acostumbrados de pensar de nosotros mismos como un self único, coherente, unificado... (pero, de las anteriores afirmaciones) inferimos que hay dos algo donde el resto de nosotros tiene uno. Pero dos que ... Dos mentes quizás, dos almas o dos YO o dos personas o dos centros de cognición, dos centros de control, dos voluntades o ¿qué?*» (CHURCHLAND, 1989, citada por LAMAS).

Las respuestas a esta cuestión son parciales e insuficientes. LAMAS las resume así:

- La conciencia parece estar relacionada con la actividad lingüística y con el hemisferio izquierdo.
- Las creencias (o la conciencia visual) son el resultado, no de la actividad de un YO consciente y lingüístico, sino del trabajo silencioso de multitud de módulos independientes que, como mucho, informan de sus resultados a ese YO consciente.
- Pero, el YO (*eso* que está situado en el lado izquierdo y vinculado a la capacidad lingüística), unifica en una trama narrativa más o menos coherente todas esas actividades a través de su actividad lingüística, o *emerge* una narración, unas creencias, como dice GAZZANIGA, de la actividad de varios módulos.

Habría una *conciencia de sí mismo* conectada con la capacidad de decir en el propio idioma lo que está ocurriendo y una *conciencia* que consiste simplemente en el procesamiento inteligente de la información. Cuando a esta segunda clase de conciencia se le añade la capacidad de «presentar informes introspectivos» el fenómeno cambia de registro... *establecemos y conservamos la experiencia de nuestro propio ser mediante una corriente de habla interiorizada... no nos hablamos a nosotros mismos sino a lo que está dentro de nosotros. Le suministramos a nuestra conciencia de nosotros mismos su única y constante garantía de supervivencia particular enviándole una corriente de palabras.* (STEINER).

Ya en el quehacer psicodramático y a la luz de lo dicho anteriormente, considero pertinentes las siguientes reflexiones:

1. El trabajo a través de la *acción* (todo lo analógico) se procesa a través de cerebro derecho. Las primeras experiencias vitales son —co-

mo sabemos— escenas puramente analógicas, es decir, sin correlato simbólico lingüístico, que registran patrones de activación neuronal según la teoría de EDELMAN.

En interacción con el medio externo, se va *construyendo* (emergiendo) una determinada configuración de la realidad. Lo que confirma la intuición moreniana de lo esencial del *vínculo* y su posterior repercusión existencial.

Las primeras experiencias (escenas primigenias de POBLACIÓN) son las que van a condicionar, en base al mantenimiento de determinados estímulos durante un tiempo suficiente —según la regla de HEBB— el refuerzo sináptico preciso para la estructuración de las primeras cartografías neuronales (el cableado secundario de EDELMAN, análogo a las estructuras programadas externas de ROJAS BERMÚDEZ), base, primer *cluster*, de todas las demás. Cartografías, mapas, no almacén ni cadenas escénicas fijas o topográficamente definidas, sino emergentes, instantáneas, y fugaces.

2. Las primeras escenas son procesadas inteligentemente, pero carecen de *conciencia de sí* al no existir lenguaje. Progresivamente, según se va *introduciendo* el mismo, es el hemisferio izquierdo quien desarrolla a través de las conexiones interhemisféricas del cuerpo calloso las diferentes *parejas de clasificación* que van a permitir la elaboración de cartografías más *elevadas* que permiten el desarrollo de conceptos y categorías. A partir de aquí *emerge* un mundo de significación simbólico que va permitiendo la aparición de los circuitos *re-entrantes* que posibilitan la introspección (reflexión), la autoconciencia y con ella el comienzo del *proceso «narrativo»* que deviene en una historia.

3. No existe un *almacén* de escenas, sino patrones de configuración neuronal emergentes que permiten un reconocimiento, un procesamiento inteligente, y con él una conducta/respuesta adecuada y que no precisan necesariamente de las categorías lingüísticas.

La *significación* a través del lenguaje de dichos patrones permite articularlos dentro de una narrativa que, forzosamente, siempre es una construcción individual a partir de los primeros mimbres significantes, *adquiridos* a través del átomo familiar.

4. Una *escena muda* aparecería como un registro analógico en cerebro derecho, carente de una pareja de clasificación lingüística y, por ello, imposible de introducir en la narrativa autoconsciente del sujeto. La no existencia de esa autoconciencia determinada por el registro lingüístico (izquierdo), no quiere decir que no existe

una *conciencia* de la misma en el derecho, conciencia que, como hemos desarrollado, puede activarse en su patrón de configuración cerebral pero carece de conexión neuronal concreta, de acceso, al circuito izquierdo que articula la narración individual. Ello determinará, algo parecido a una *visión ciega* de la misma, es decir el sujeto *no sabe que ve* (como ocurre en la lesión de las zonas corticales visuales del cerebro); o bien —como ocurría en el ejemplo del paciente con sección del cuerpo calloso— el sujeto construirá una *fabulación*, una *especie de Korsakoff psicógeno* acerca de lo que está percibiendo sin *saber*, lo que puede hacer incoherente su incorporación a la narración histórica que el sujeto se hace a sí mismo y, por tanto, a la aparición de conductas también incoherentes que determinan los síntomas.

5. Los conceptos de memoria escénica, de escenas latentes y manifiestas como algo estable, existente, fijo; deben ser revisados toda vez que se demuestra son patrones de configuración neuronal cambiantes, fugaces, transitorios, emergentes. No se trata pues de *asociaciones*, sino de *emergencia* de escenas.

La escena muda o toda escena *traumática* emerge como única en el aquí y ahora del cerebro derecho, lo que llamamos *asociación* no es más (ni menos) que la narración paralela que el cerebro izquierdo hace en ese instante de la misma en base a la historia narrativa construida por el sujeto acerca de su propia vida, lo que lleva a la impresión de que se están *asociando* dos escenas superpuestas en el mismo instante, cuando en realidad, sólo se *percibe* una y la otra es un relato paralelo.

6. El trabajo psicodramático a través de la acción, *enciende* patrones analógicos básicamente derechos, posibilitando la *percepción* de los mismos. Dichos patrones pueden o no tener una narración desde el hemisferio izquierdo; si no la tienen, el sujeto las *tendrá* en su conciencia, pero no *será* consciente de ellas.

7. Habría, por tanto, dos actuaciones terapéuticas claras y definidas. Por una parte aquella que tiene que ver con la *reconstrucción* de la narrativa del sujeto. En ella no hay nada *inconsciente*, sino una historia que debe ser re-escrita. Para ello el psicodrama muestra toda la eficacia que determina el poder situar al individuo en situaciones de *como sí* que, en definitiva, evocan un determinado patrón neuronal (derecho) que, en su momento, el sujeto categorizó a través del lenguaje (izquierdo) de una determinada forma y que, desde el mismo exclusivamen-

te, es imposible evocar en todos sus matices perceptivos haciendo más dificultosa su re-construcción.

Por otra parte, son las escenas, los *patrones* sin correlato narrativo (*escenas mudas*) las que a través de la *narración* del psicodramatista, del eco grupal, o la propia elaboración narrativa en el *aquí y ahora* del paciente, se dotan de un sentido, de una significación *compatible* con el resto de la historia que el sujeto ha construido de sí mismo.

Ello determina que la emergencia de escenas de patrón similar al hasta el momento *mudo*, pasen a *ser* conscientes y accesibles a la introspección, a la autoconciencia (a la conexión y procesamiento con el hemisferio izquierdo) y, desde ahí, a su incorporación dentro de la historia narrativa del sujeto.

El clásico chiste del paciente que persistiendo en el síntoma dice estar mucho mejor porque, ahora, «sé por qué lo hago», es una imagen impecable para ejemplificar los complejos procesos de los que estamos hablando.

El prólogo está escrito. Quizás un posible punto de partida. Queda ahora la ilusión de que esta cascada de datos, conceptos, ideas, despierten el interés, *evoquen*, hagan *emerger* nuevas ideas en el resto del auditorio y sigamos, entre todos, acometiendo la ardua tarea de enriquecer, validar, desbrozar y reconstruir la narrativa moreniana que nos constituye.

BIBLIOGRAFÍA

- BORGES, J. L.: *Obras completas*. Emecé BBAA, 1974.
 CRICK, F. y KOCH, C.: *El problema de la conciencia*. Investigación y Ciencia, nov. 1994, n.º 192.
 CHURCHLAND, P.: *Materia y conciencia*. Gedisa, 1992.
 CHURCHLAND, P.: *Neurophilosophy*. Cambridge. The MIT press, 1989.
 DENNET, D.: *Hacia una teoría cognitiva de la conciencia*. Instituto de Investigación Filosófica. UNAM. México, 1989.
 EIBL-EIBESFELDT, I.: *Biología del comportamiento humano*. Alianza, 1993.
 GAZZANIGA, M.: *El cerebro social*. Alianza, 1993.
 MORIN, E.: *El método*. Tomos I, II y III. Ed. Cátedra, 1992.
 SAKS, O.: *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. Muchnik, 1987.
 SAKS, O.: *Veo una voz*. Anaya/Muchnik, 1991.
 SPRINGER y DEUTSCH: *Cerebro izquierdo, cerebro derecho*. Gedisa, 1984.
 STEINER, G.: *Antígonas*. Gedisa, 1987.
 VARELA, F.: *Conocer*. Gedisa, 1990.
 VARELA, F.: *Autonomie et conaissance*. Seuil, 1989.
 VARELA, F.: *De cuerpo presente*. Gedisa, 1992.



EXPRESIÓN EN GRAFOS COMO VÍA DE INVESTIGACIÓN EN PSICODRAMA

PABLO POBLACIÓN KNAPPE

Doctor en Medicina

M.^a ÁNGELES EGIDO AGUILERA

Psicólogo

I.T.G.P. (Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama)

RESUMEN

Los autores parten del concepto de sistema-escena, desarrollado por uno de ellos. La expresión gráfica de los sistemas-escenas precisaba de un código de unificación de la comunicación. Se describen los pasos seguidos para la consecución de este lenguaje común y cómo se aplica para la denominación de las redes vinculares de los gráficos de los sistemas escenas.

Una vez desarrollado este instrumento, constituido por los gráficos de los sistemas-escenas y su código, se muestran algunas de sus aplicaciones: lectura inmediata de una situación terapéutica, sea individual, grupos, pareja o familia; seguimiento del proceso terapéutico, extrapolación de estrategias, etc.

Palabras clave

Escena - Sistema-escena - Grafos - Código semántico.

ABSTRACT

The authors depart from the scene-system developed by one of them. The graphic expression of the scene-system required the creation of a code to unify communication. The steps followed to achieve this common language and the way it is applied to denominate the graphic connection network of the scene-system are described.

Once this instrument has been developed, constituted by the scene-systems graphs and its code, some of its applications are showed: immediate reading of a therapeutic situation, be that of an individual, group, couple or family; following of the therapeutic process, extrapolation of strategies, etc.

Key words

Scene - Scene-system - Graphs - Semantic code.

Esta comunicación consta de dos partes, la primera de ellas, que presentamos en esta ocasión, está constituida por la descripción del proyecto de creación de esta vía de trabajo e investigación, la metodología utilizada, las posibles aplicaciones y un primer avance, mejor primeras muestras, de su aplicación. La segunda parte está compuesta por el código definitivo y ejemplos comentados de diversas aplicaciones.

PRESENTACIÓN

Precisamos un lenguaje para comunicarnos un lenguaje codificado de modo que permita transmitir y recibir mensajes portadores de los significados relevantes en el campo concreto en que deseamos comunicarnos. Los contenidos se estructuran a través de las reglas sintácticas que dependen del lenguaje utilizado.

El poeta usa la palabra.

*Tierra mía sin nombre, sin Aroma,
[estambre equinocial, lanza de púrpura
tu aroma me trepó por las raíces
hasta la copa que bebía, hasta la más delgada
palabra no nacida en mi boca.*

PABLO NERUDA (Amor América)

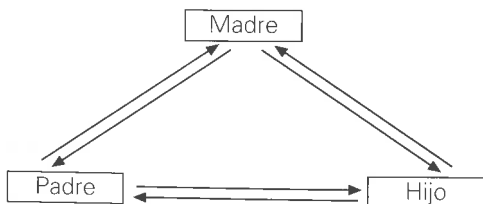
El músico la acotación en el pentagrama.

El pintor y el escultor, los medios plásticos.

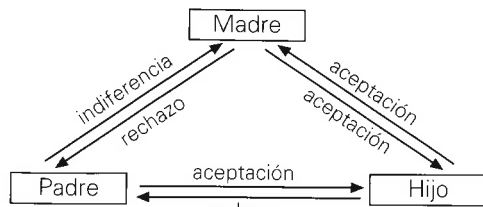
¿Y los terapeutas? Aquellos que manejan primordialmente el lenguaje verbal en su trabajo, tienen fácil la elección. Se apropian del lenguaje del poeta. Es un discurso lineal que relata una historia en sintagmas linealmente encadenados.

Pero aquellos que trabajamos también con la acción, que ponemos en juego escenas con varios *dramatis personae*, que nos movemos en un espacio y un tiempo simultáneos, tropezamos con un escollo. Usar el lenguaje lineal para expresar todo lo que pasa ahí, aun en una sola escena dramatizada, exige un relato con una estructura tan compleja y extensa que puede resultar confusa. Puede hacerse, que duda cabe, el autor teatral, el dramaturgo, lo lleva a cabo... en parte. Pero la transmisión y la recepción vivencial total de la obra sólo se consigue en la representación. Necesitamos un código más próximo al arsenal del artista plástico. Nuestras escenas son pinturas vivas. Una solución sería la grabación con medios audio-visuales pero esto implica un tiempo de reproducción análogo al que necesitó el drama terapéutico. El código tiene que servir para rendir cuentas de un modo abreviado. Transmitir el esqueleto, la esencia, lo que de verdad importa. No los significantes sino el significado. No el territorio sino el mapa. Es decir, un modelo de los significantes.

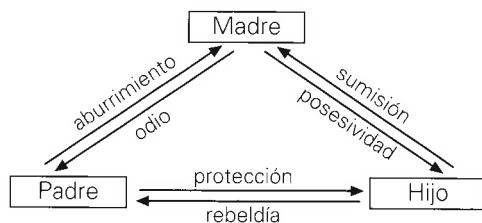
MORENO nos da ya una aproximación a la respuesta que se precisa. Se trata de usar un grafo que muestre la red relacional. La sintaxis tridimensional (tetradimensional si consideramos la dimensión temporal), exige al menos una sintaxis espacial, bidimensional, como en el grafo. Ya no es un relato lineal sino un ensamblaje de elementos interrelacionados en una red que muestra simultáneamente toda la estructura relacional. Desde ahí comenzamos a construir nuestro lenguaje para terapeutas activos, mediante el cual podamos decir algo así:



Pero para saber más concretamente qué es lo que ocurre entre esas tres personas (más exactamente, roles) en relación, tenemos que dar nombres a las flechas. Palabras que califiquen los modos de vinculación que éstas representan en cada caso concreto. Así damos un paso más allá del simple saber que estas tres personas están en juego en nuestro drama, y llegamos a:



Para dar este paso seguimos utilizando un código moreniano. El código que este autor instauró para los tests sociométricos y perceptuales, fundado en tres modos de relación elementales: aceptación, rechazo e indiferencia. Con el manejo de los grafos y con este lenguaje básico ya se dio un gran paso en la línea que venimos tratando. Pero la vida humana es muy compleja y con una expresión tan esquemática se pierden numerosos matices en el campo del mundo afectivo y se obvian por otra parte todos los modos vinculares fundados en la relación de poder. Si introducimos términos correspondientes a estos modos relacionales usando el castellano para enriquecer nuestro grafo, puede quedar así:



Aunque aumenta la complejidad, parece que con esta vía nos estamos aproximando más a una solución aceptable. Pero una reflexión más detenida nos dice que no es así. Desde luego que ya tenemos presente, en un solo vistazo, todo el material de la estructura de la escena que nos quiere transmitir el emisor. La confusión comienza al preguntarnos si, por ejemplo, la palabra aburrimiento tiene el mismo significado para el emisor y para el receptor. Suponemos que hay muchas probabilidades de que no sea así y que los malentendidos potenciales se multipliquen con el número de términos presentes en el gráfico y con un mayor número de sujetos en la escena.

Vemos que el único camino viable es la construcción de un código que sea aceptado explícitamente por emisor y receptor. Un código que cubra el conjunto de las posibilidades fundamentales de vinculación, tanto en el área de los afectos como del poder, que sea lo suficientemente breve como para facilitar su manejo y con clara definición del significado de los términos que los constituyen. Este código está por construir y nuestro intento de llegar a una primera aproximación forma parte de esta comunicación.

DESARROLLO

El comienzo de la historia de esta vía de investigación lo datamos en 1987, cuando iniciamos el trabajo con la escena concebida como sistema, lo que denominamos sistema-escena, desarrollo que publicamos después en varios artículos (POBLACIÓN, 1989, 1990, 1991, 1992) (LÓPEZ BARBERÁ, 1988, 1992). La idea central es concebir tanto las escenas externas como las escenas internas o modelos internos de comportamiento (MARINA, 1993) como sistemas, considerar que podemos hablar de escenas internas en cualquier nivel jerárquico de sistemas, desde los contenidos intrapsíquicos del individuo hasta la estructura sociométrica que subyace en las entidades sociales más complejas; que cada uno de estos sistemas tiene una historia escrita en escenas, historia que comenzó con la primera escena o escena primigenia (POBLACIÓN, 1989) hasta la escena actual, consecuencia y cristalización *hic et nunc* de toda una cadena biográfica; que hay una dialéctica constante bio-psico-sociológica en todo sistema entre escenas externas e internas que constituyen su metabolismo ente/entorno; que los sistemas-escenas pueden ser leídos sincrónicamente y diacrónicamente, es decir, en un grupo humano podemos leer simultáneamente las escenas del grupo y las de sus integrantes y las de los niveles sistémicos jerárquicamente superiores en un corte transversal que congela un instante virtual, y también ver la dinámica de estas estructuras atrás y adelante en el tiempo, en un pretérito que ayuda a comprender la forja del presente y en un futuro que nos da pistas sobre los proyectos que impulsarán la actividad o que se quedarán en fantasías de la irrealidad interna del sistema.

La hipótesis del sistema-escena nos apareció con el tiempo cuanto menos sugestiva y productiva para nuevos planteamientos. *Sugestiva* en cuanto se aproximaba analógicamente a otros constructos que manejamos en nuestro modo de

pensar, por una parte las teorías sistémica y cibernética de segundo orden apadrinados en una epistemología constructivista radical que repite los enunciados de MORENO, y por otra parte las hipótesis psiconeurológicas del funcionamiento de la mente desde esquemas o modelos dinámicos de comportamiento (MARINA, 1993) que se parecen sorprendentemente a nuestra construcción de escenas-sistemas internas. Y *productiva* porque pudimos ver cómo se podían plasmar en la práctica, en forma de grafos, para describir numerosas situaciones de nuestro trabajo.

Al principio en modelos de patologías en cuyo campo encontramos tremendas similitudes entre los sistemas-escenas internos de diversos individuos que se hubieran calificado dentro de la misma entidad patológica; poco después TEODORO HERRANZ (1991) publicó el seguimiento de algún caso en terapia, mediante el uso de grafos y en 1994 ELISA LÓPEZ BARBERÁ y ÁNGELES EGIDO utilizan la misma técnica para mostrar el proceso de tratamiento de familias.

En el curso 1993-94 solicité la colaboración de aquellos alumnos que se encontraban finalizando su formación en psicodrama para intentar abordar la tarea que aparece ya como ineludible, la de crear un código que permita manejar mensajes que remiten a significados compartidos.

Al comenzar a debatir en el grupo sobre posibles códigos tomamos conciencia de la insuficiencia expresiva en que nos quedábamos si nos limitábamos a las denominaciones de las tres actitudes télicas que aplica MORENO en psicometría y sociometría, apareciendo la necesidad de recurrir a una terminología afectiva más amplia.

Según trabajábamos en esta tarea, en un paso previo de elaborar listas de términos que puedan encuadrarse en los tres campos de aceptación, rechazo e indiferencia, nos dimos cuenta que en la transcripción de los modos vinculares de los sistemas tal como aparecieron en la realidad clínica, además del campo afectivo-emocional era absolutamente preciso contar con las relaciones de poder. Decidimos entonces clasificar las relaciones pertenecientes a esta área también en tres apartados que, transitoriamente denominamos dominio, sumisión y equilibrio.

Por ahora nos parece que tomando las relaciones afectivas y las de poder cubrimos los modos básicos de vinculación. También aquí comenzamos a escribir nuestros listados de términos, un poco más agobiados que antes. Leímos que en el idioma español existen bastantes centenares de palabras utilizadas para expresar

emociones y que pueden dar lugar a los verbos correspondientes. Una cierta atracción por la aventura nos inclinó a seguir adelante.

Pedí ayuda a nuestra entrañable amiga CARMEN HUICI, profesora de la UNED sobre posibles vías para construir el código. Puedo decir que se desbordó, nos inundó literalmente de comunicaciones y sugerencias personales, estas últimas mucho más valiosas que las primeras. Reconsiderando todo este material llegamos a un esquema de trabajo, cuya metodología transcribimos a continuación.

METODOLOGÍA DE LA CONSTRUCCIÓN DEL CÓDIGO

La búsqueda del código que deseábamos pasó por los siguientes estadios:

- Fabricar amplios listados de palabras agrupados en seis apartados, correspondientes a los seis ítems que indicamos antes: área Afecto (aceptación, rechazo e indiferencia) y área Poder (dominio, sumisión, equilibrio).
- Proceder a su ampliación a través de las aportaciones de diversos colaboradores con vistas a cubrir la mayor extensión posible de términos.
- Pasar las listas a un muestrario amplio de sujetos pertenecientes a distintas profesiones, con las instrucciones adecuadas, pidiendo ampliaciones y correcciones (ver anexo).
- A partir de las muestras obtenidas, realizar su análisis para llegar a los listados definitivos.
- Definir muy concreta y ampliamente los significados de los términos que encabezaron los listados y los subgrupos y clasificar los términos que engloba cada subgrupo. Para esta tarea nos hemos ayudado del Diccionario de la Lengua Española, edición de 1992, y de otras fuentes secundarias.
- Aplicar el material anterior a distintos casos clínicos, individuales, de pareja, familia y grupos, procurando que en cada caso puedan contrastarse al menos dos observaciones, por ejemplo, el terapeuta y un observador.

(Adjuntamos, al final del trabajo, a modo de anexos, todo el material: listados, definiciones y casos).

APLICACIONES

Una vez perfeccionado el método gráfico y desarrollado y creado el código descrito al menos provisionalmente estamos actualmente deteniéndonos en su aplicación en distintas áreas y aspectos de nuestro trabajo terapéutico y de investigación en psicodrama.

Hacia una psicopatología en grafos

Estamos comenzando a encontrar grafos con denominaciones comunes que pensamos que pueden permitir llegar a los grafos propios de las patologías individuales y familiares. Hacemos esta diferenciación que creemos útil en la práctica. En el primer caso nos referimos a los grafos de la familia interna o estructura del sistema-escena interno referente del *enfermar*, el cual puede persistir como esquema interno condicionante de las nuevas pautas de relación del sujeto consigo mismo y con el entorno. Este sistema-escena persiste aunque el sujeto viva independiente o hayan fallecido los miembros de la familia que dieron lugar al esquema interno.

Como grafos de patologías familiares nos referimos a aquellos que reflejan el sistema-escena interno de familias cuya situación actual es disfuncional. Son grafos que muestran distintos prototipos de situaciones familiares disfuncionales.

Aplicaciones en el campo terapéutico

- Grafos del sistema terapéutico, es decir, los anteriores más el añadido estructural del terapeuta o equipo terapéutico.
- Seguimiento del proceso terapéutico mediante sucesivos grafos que representan los momentos de aquél.
- Posibilidad de comprobar si se ha dado el fenómeno catártico ya que, en tal caso, la estructura de subsiguientes grafos mostraría un cambio significativo (cambio 2) respecto a la de la sesión anterior.
- Del mismo modo constatación de la falta de acción terapéutica de determinadas intervenciones cuando puede comprobarse la estabilidad de las estructuras del sistema terapéutico en los grafos de las sucesivas sesiones.
- Comprobación de si determinadas intervenciones terapéuticas son extrapolables cuando el grupo *patológico* es análogo.
- Evaluación de la efectividad de las terapias. No mediante la utilización de medios ajenos o tangenciales a éstas, como la comparación de los resultados de determinados tests aplicados al inicio y al final de las terapias o fundados en las apreciaciones subjetivas del terapeuta o del interesado, sino a través de un seguimiento paso a paso del proceso mediante la lectura de los grafos de cada sesión.
- Por supuesto, la expresión y lectura en grafos que proponemos no es aplicable exclusivamente a las terapias psicodramáticas, sino a cualquier tipo de terapia, sea cual fuere el marco teórico en que se apoye y sea individual, de pareja, familia u otros grupos humanos, incluyendo el análisis y la intervención institucional.

Actualmente nos encontramos en pleno período de aplicación en todos los casos descritos y por ello también pendientes de una validación que sólo podrá apoyarse en una amplia muestra de experiencias.

Esperamos comprobar si son comparables los resultados obtenidos por distintos profesionales.

Procuraremos que en cada proceso terapéutico realicen los gráficos de cada sesión al menos dos sujetos (terapeuta y observador) para poder contrastarlos.

Buscaremos si hay coincidencias entre lo que pensamos que expresan los grafos y las lecturas provenientes de otras vías: vivencia subjetiva, valoración clínica, aplicación de test de personalidad, tests sociométricos y perceptuales, etc.

Una expectativa aún más lejana es la posible informatización de los resultados de nuestras aplicaciones de esta técnica.

ANEXO I

Profesión: Fecha de nacimiento:
 Sexo: Titulación académica:
 Fecha:

Subraye en cada una de las siguientes listas de palabras aquellos términos que en su opinión remiten a categorías claramente significativas y diferenciadoras. A continuación agrupe el resto de las palabras detrás de cada una de las subrayadas, las cuales servirán como encabezamiento de las mismas restantes*. Así, cada palabra subrayada englobará varias de las no subrayadas. No coloque una misma palabra bajo varios encabezamientos.

Si opina que alguna palabra no encaja en el concepto general de la lista de la página correspondiente, táchela con una cruz.

Si desea añadir alguna palabra más hágalo tanto al final de la lista como incluyéndola en el subgrupo que considere apropiado.

Titule cada una de las seis listas con un término que a su parecer comprenda y abarque el significado general de cada listado. Este término puede constar en la lista o ser nuevo.

Detrás de cada palabra pruebe a escribir su antónimo (palabra que expresa la idea contraria).

* Puede numerar en cada listado las palabras de encabezamiento de subgrupos y poner en las restantes el número del subgrupo correspondiente.

Comentarios

Aceptación	.....	Confianza	.....
Acogida	.....	Confirmación	.....
Acuerdo	.....	Contacto	.....
Adhesión	.....	Contención	.....
Afecto	.....	Cordialidad	.....
Agrado	.....	Cuidado	.....
Amistad	.....	Deseo	.....
Amor	.....	Desprendimiento	.....
Amparo	.....	Elección	.....
Apego	.....	Empatía	.....
Apoyo	.....	Incondicionalidad	.....
Aprobación	.....	Indulgencia	.....
Asentimiento	.....	Interés	.....
Atención	.....	Intimidad	.....
Atracción	.....	Mimo	.....
Ayuda	.....	Paciencia	.....
Benevolencia	.....	Piedad	.....
Bienquerer	.....	Protección	.....
Caridad	.....	Respeto	.....
Cariño	.....	Simpatía	.....
Compañía	.....	Solidaridad	.....
Compasión	.....	Ternura	.....
Comprensión	.....	Tolerancia	.....
Condescendencia	.....	Valoración	.....

Aborrecimiento	.....	Hostigamiento	.....
Agresividad	.....	Impaciencia	.....
Animadversión	.....	Intransigencia	.....
Antipatía	.....	Ira	.....
Asco	.....	Malquerencia	.....
Aspereza	.....	Manía	.....
Aversión	.....	Odio	.....
Degradación	.....	Oposición	.....
Dejación	.....	Rabia	.....
Desabrimiento	.....	Recelo	.....
Desagrado	.....	Rechazo	.....
Desaire	.....	Rencor	.....
Desconfianza	.....	Repudio	.....
Desprecio	.....	Repugnancia	.....
Destrucción	.....	Repulsa	.....
Desvalorización	.....	Repulsión	.....
Dureza	.....	Resentimiento	.....
Enemistad	.....	Resistencia	.....
Enfrentamiento	.....	Violencia	.....

Abandono	.....	Desdén	.....
Aburrimiento	.....	Desvío	.....
Alejamiento	.....	Distancia	.....
Apatía	.....	Fastidio	.....
Ausencia	.....	Frialdad	.....
Cansancio	.....	Huida	.....
Carencia	.....	Indiferencia	.....
Dejación	.....	Indolencia	.....
Desamor	.....	Ignorancia	.....
Desamparo	.....	Insensibilidad	.....
Descuido	.....	Neutralidad	.....
Deserción	.....	Olvido	.....
Desgana	.....	Privación	.....
Desinterés	.....	Soledad	.....
Despego	.....	Vacio	.....

Abuso	Mando
Amenaza	Manejo
Arbitrariedad	Manipulación
Autoridad	Omnipotencia
Avasallamiento	Opresión
Coacción	Poder
Conducción	Posesión
Control	Prepotencia
Culpabilización	Prohibición
Despotismo	Severidad
Dictadura	Sometimiento
Dominación	Suficiencia
Exigencia	Superioridad
Gobierno	Tiranía
Intolerancia	

Abatimiento	Obediencia
Acatamiento	Pasividad
Capitulación	Rebeldía
Degradación	Rendición
Dependencia	Reserva
Derrota	Resignación
Desobediencia	Respeto
Docilidad	Servilismo
Domesticidad	Sometimiento
Entrega	Suavidad
Envidia	Subordinación
Esclavitud	Timidez
Humildad	Vasallaje
Indisciplina	Veneración
Inferioridad	Vergüenza
Modestia	

Afinidad	Coparticipación
Alianza	Emulación
Amistad	Enfrentamiento
Antagonismo	Equilibrio
Armonía	Estabilidad
Asociación	Imparcialidad
Coadyuvación	Lucha
Colaboración	Neutralidad
Compensación	Porfía
Competitividad	Pugna
Coalición	Reciprocidad
Cooperación	

ANEXO II

Código

Hasta el momento se han recibido nueve encuestas (anexo I) cumplimentadas, por lo que los resultados se han de considerar aún insuficientes para una valoración satisfactoria.

Sin embargo, ya en esta pequeña muestra y en un primer análisis se observa una extraordinaria coincidencia en la elección de los términos. Por ejemplo, en el primer ítem, en el cual

ofrecemos 48 palabras, se utilizan sólo 13 en los catorce casos revisados, para encabezar los subgrupos. Esta lista nos parece ya significativa de entrada para la confección de un código participado.

La muestra está constituida por:

— Médicos	3	— Asistente social	
— Ingeniero indust.	1	— y sociólogo	1
— Psicólogo clínico	7		
— Auxiliar clínica	1	— Varones	3
— Filólogo	1	— Mujeres	11

Como se ve, procuramos evitar que las encuestas pertenezcan exclusivamente a profesionales sanitarios, para cubrir un mayor abanico de manejos semánticos.

En el anexo II reproducimos el resumen de los resultados, limitándonos a los encabezamientos generales de los 6 ítems y a los encabezamientos de subgrupos. Las palabras agregadas en cursiva son aquellas que aparecieron una sola vez y que agrupamos transitoriamente con los términos que consideramos más próximos.

En función de estos resultados parece legítimo conservar las denominaciones avaladas por el uso en MORENO y en el lenguaje común; así queda:

— *Área afectividad:*

Aceptación, Rechazo, Indiferencia.

— *Área poder:*

Dominio, Sumisión, Equilibrio.

Estas elecciones las consideramos ya definitivas. No es así para las palabras que conformarán el código, y dentro de cuyo ámbito se integran otros conceptos. Para esta decisión creemos conveniente esperar un mayor número de encuestas cumplimentadas. De todos modos, ya parecen aportarse propuestas bastante definitivas.

ANEXO III

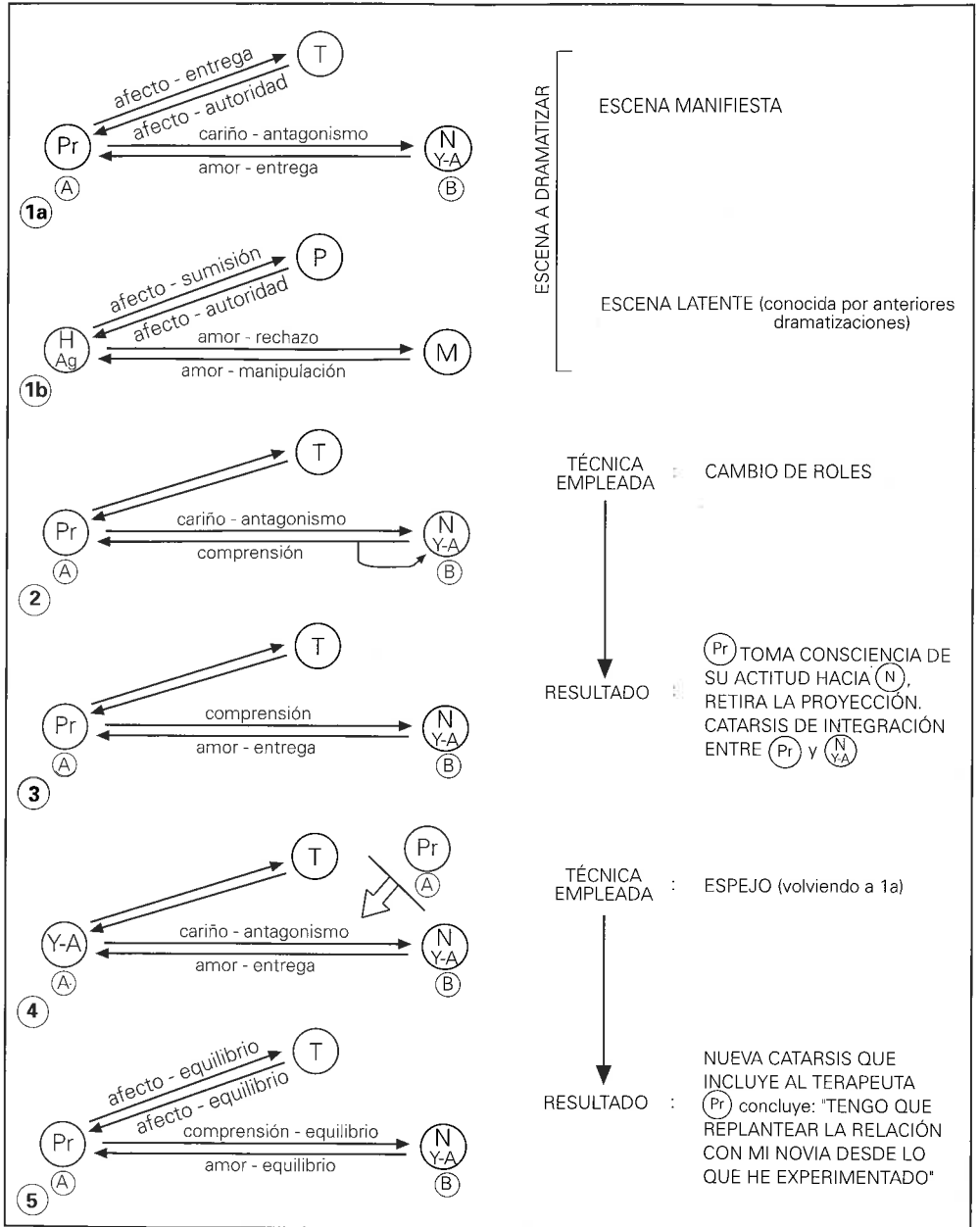
En esta comunicación no tratamos más que hacer la presentación de nuestra propuesta de una vía de utilización de los grafos en clínica e investigación psicodramáticas. Se trata de una primera parte de nuestro trabajo que irá seguida de una segunda, que esperamos esté lista para el congreso de la I.A.G.P. en Buenos Aires este mismo año. Esa segunda parte estará compuesta por un material extenso de aplicación del modelo que proponemos, en diversos casos clínicos, siguiendo las propuestas que desarrollamos en nuestra exposición.

TABLA ANEXO II
Primera selección de términos

Aceptación (2) Amor (5)	Dominio (3)
- Amor (9) Amistad (5) Caridad (7) - Aceptación (4) Respeto (2) <i>Mimo</i> Solidaridad (3) <i>Comprensión</i> Deseo (3) Tolerancia (2) Acogida (2) Acuerdo (2) <i>Aprobación, Valoración</i> Atracción (3) <i>Apego</i> Cariño (2) <i>¿Ternura?</i> Ayuda (5) <i>Amparo, Cuidado, Apoyo, Protección</i> Afecto (3)	Gobierno (4) Despotismo (4) <i>Arbitrariedad</i> Manipulación (5) <i>Manejo</i> Abuso (4) Superioridad (2) <i>Prepotencia</i> Autoridad (3) <i>Mando</i> Dictadura (3) Tiranía (3) <i>Opresión</i> Poder (5) (5+) - Dominio (3) Culpabilización
Agresión (4) Rechazo (2)	Sumisión (4)
- Agresividad (10) <i>Ira</i> Odio (12) Desprecio (7) <i>Degradación</i> Desvalorización (2) Enemistad (6) Desconfianza (5) Antipatía (2) Destrucción (2) <i>Violencia</i> Aversión (3) Aborrecimiento (2) - Rechazo (5) Asco (2) Repulsión (2) Oposición (2)	Rebeldía (9) Dependencia (5) (+1) Pasividad (3) Obediencia (3) <i>Entrega</i> Sometimiento (4) <i>Subordinación</i> Humildad (4) <i>Docilidad</i> Timidez (4) <i>Modestia</i> Vergüenza (2) Desobediencia (3) <i>Indisciplina</i> Derrota (2) Resignación (2) <i>Rendición</i> Respeto (4) Capitulación (2) Abatimiento (2) <i>Esclavitud, Servilismo</i> Inferioridad (2)
Indiferencia (4) Vacío (2)	Equilibrio (3) Simetría (2)
Soledad (6) - Vacío (3) Apatía (4) Aburrimiento (3) <i>Cansancio</i> Abandono (10) <i>Desamparo</i> Carencia (2) <i>Privación</i> Desinterés (3) Distancia (2) <i>Desdén, Desgana, Frialdad</i> Desamor (3) Descuido (2) Neutralidad (2) Huida (2)	- Equilibrio (6) <i>Afinidad, Armonía</i> Amistad (7) Alianza (6) <i>¿Condición?</i> Asociación (3) Competitividad (5) Antagonismo (4) Lucha (4) <i>Enfrentamiento</i> Estabilidad (2) Cooperación (1) / Colaboración (2+2) Imparcialidad (2) Neutralidad (4)

(Las palabras precedidas de un guión fueron elección por algunos sujetos para encabezar los subgrupos y por otros para los ítems generales.

ANEXO III (grafos)



En este anexo pretendemos traer un ejemplo que sirva de botón de muestra y que además, por su sencillez, sirva para facilitar una primera aproximación a la técnica aplicada de los grafos.

Para la lectura de la expresión en grafos es preciso proponer, además del código de térmi-

nos vinculares, una convención de los signos gráficos que se utilizan. Los sujetos portadores de los roles implicados en la red relacional se encuentran representados por círculos, cuadrados o triángulos (sólo círculos en el caso que traemos aquí), dentro de estas figuras consta una inicial que remite al rol, como T: terapeuta. Unas

letras bajo estas figuras (A, B, C, ...) encerradas en pequeños círculos sirven para identificar con más facilidad la posición relativa de los personajes cuando se practican cambios de roles, espejo y otras técnicas. Los vectores remiten a los modos vinculares, indicando las puntas de las flechas la dirección de éstos. Una o dos palabras junto a las flechas definen el modo vincular; cuando se utilizan dos, la primera se refiere al *área afecto* y la segunda al *área poder*.

El caso que traemos como ilustración está tomado de uno de nuestros grupos de formación, el que denominamos segundo nivel o nivel de aprendizaje del rol de psicodramatista. Muestra el desarrollo de una dramatización dirigida por un alumno en el rol de terapeuta que atiende a un compañero en el rol de protagonista. En aras de la mayor claridad posible hemos eliminado en esta presentación una considerable cantidad de material, sin duda importante. Hemos obviado por una parte los restantes personajes del aquí-ahora del contexto terapéutico, miembros del grupo, monitor o profesor y observador; también nos limitamos a la fase de dramatización sin ocuparnos de las de caldeo y comentario, que tienen su propia vía de expresión gráfica. Los personajes en juego en esta dramatización son: el protagonista, varón: (R); su novia, representada por una yo-auxiliar, compañera de grupo: (N), el terapeuta (T), compañero de grupos en el rol de psicodramatista; y un yo-auxiliar en la técnica del espejo (VA). En los grafos también constan, en la escena latente, los roles de: padre (P), madre (M) e hijo (H) (el protagonista).

En los grafos no consta la relación T/N para hacer más claro el ejemplo, aunque, por supuesto, forma parte de la red sociodramática de la escena.

A la derecha de la página aparecen notas aclaratorias de lo que representa cada grafo, de las técnicas utilizadas y de los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA

- HERRANZ, T. (1991): *Psicodrama individual y bipersonal. Aspectos teóricos y metodológicos*. Rev. Vínculos, n.º 1.
- LÓPEZ BARBERÁ, E. (1988): *Psicodrama y teoría general de sistemas*. Encuentro Internacional de Psicodrama. Barcelona.
- LÓPEZ BARBERÁ, E. (1992): *Comprensión sistémica del psicodrama*. II Encuentro de la Sociedad Portuguesa de Psicodrama. Coimbra.
- MARINA, J. A. (1993): *Teoría de la inteligencia creadora*. Anagrama. Barcelona.
- MORENO, J. L. (1972): *Psicodrama*. Hormé. Buenos Aires.
- MORENO, J. L. (1966): *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. Fondo de Cultura Económica. México.
- POBLACIÓN, P. (1989): *La escena primigenia y el proceso diabólico*. Informaciones Psiquiátricas.
- POBLACIÓN, P. (1992): *El sistema-escena como modelo de comprensión de los sistemas psicosociales*. Informaciones Psiquiátricas.
- POBLACIÓN, P. (1990): *El sistema-escena en el psicodrama*. Rev. Psicopatología. Madrid.
- POBLACIÓN, P. (1991): *Paradigmas de encuentro de los distintos marcos conceptuales de trabajos con grupos*. Ponencia XVIII Symposium de la SEPTG. Madrid, 1990. Rev. Vínculos, n.º 1.
- POBLACIÓN, P. (1992): *Metadrama*. Cuadernos Lorda. La Plata. Argentina.



TEORÍA DEL SOCIODRAMA FAMILIAR

PABLO ÁLVAREZ VALCARCE

Grupo de Estudios de Psicodrama de Madrid

MORENO Y EL PARADIGMA SOCIODRAMÁTICO

La aplicación de los presupuestos de la medicina científica a la psiquiatría centró el diagnóstico y el tratamiento sobre el organismo individual. Las ideas acerca de un locus supraindividual para la enfermedad provenían, a principios de este siglo, de antropólogos y sociólogos preocupados por temas tales como cultura, clase o jerarquía social.

La sociometría y el psicodrama desarrollados por MORENO en la primera mitad del siglo XX, supusieron el primer cambio de orientación desde lo individual a lo grupal. El mismo concepto de identidad de la psicología clásica, la singularización individual, es transformado en el paradigma psicodramático, en especificación grupal. Lo que interesa tratar no es tanto la psique individual, como los vínculos que se establecen entre roles complementarios. En psicodrama pensamos que es el Yo el que se estructura a partir de los roles psicósomáticos, y que los aspectos captables del Yo son los roles sociales, familiares y psicodramáticos. Sobre estos roles familiares, sobre los vínculos creados en esa zona del átomo social, sobre los afectos y compromisos intercambiados en esos vínculos, va a situarse el intento terapéutico del sociodrama familiar.

Las indicaciones y contraindicaciones del sociodrama familiar van a estar basadas en los cambios sociodinámicos de estructura que puedan diagnosticarse con métodos sociométricos, al tratar de entender a los individuos como representantes colectivos de roles de la comuni-

dad, de modos de vinculación típicos de determinado nivel sociogenético.

La teoría de los roles nos va a brindar otro de los marcos de referencia con los que operar en sociodrama familiar. Los roles potenciales insuficientemente desarrollados pero requeridos de complementariedad específica, van a buscar estar fuera del grupo familiar, y en la medida en que logren crear vinculaciones estables, ello influirá positivamente en el desarrollo de la iniciativa y la espontaneidad individual del sujeto pero afectará de algún modo a la pertenencia y cohesión del grupo familiar.

El carácter situacional de la posibilidad de complementar roles dentro del psicogrupo familiar, de la posibilidad de concretizar en lo real roles que pueden tener un importante desarrollo en el nivel de la fantasía, de la posibilidad de inducir en el otro el desarrollo de sus roles potenciales a través de relaciones *tele* positivas y de las coincidencias o superposiciones zonales para determinados conjuntos de roles, van a determinar el difícil equilibrio sociodinámico entre la necesidad de pertenencia-cohesión y la necesidad de desarrollo individual, entre las elecciones dentro y fuera del grupo y finalmente en el nivel de estructuración sociométrica que puede ser alcanzado por el grupo familiar.

MORENO¹ estudia los procesos de emparejamiento y matrimonio desde la perspectiva de las relaciones que se establecen entre los átomos social y cultural de cada uno de los miembros de la pareja. El proceso de superposición de los átomos sociales, sus áreas de intersección y exclusión, el carácter de atracción o rechazo de los vínculos que se establecen entre los miembros

de los respectivos átomos sociales, van a establecer un equilibrio sociodinámico concreto, diagnosticable por métodos sociométricos y evidenciable por métodos psicodramáticos, que tendrá un valor predictivo sobre los posibles desarrollos de la estructuración sociométrica futura del grupo familiar.

El grado de superposición de los átomos culturales de ambos cónyuges, va a determinar en qué medida los roles de cada uno van a verse complementados y satisfechos dentro o fuera del grupo familiar, con la mencionada repercusión en la pertenencia, cohesión y desarrollo individual. Parecería que el aprendizaje psicodramático sería un medio de aprender a anticipar y predecir las fases de desarrollo de la unión matrimonial, disminuyendo así los efectos adversos de los prejuicios de reciprocidad diádica que aparecen en el emparejamiento cuando ambos individuos esperan que por sí mismos podrán complementarse mutuamente todos los roles sustanciales.

La duplicidad de roles que tiene que mantener la pareja en los roles de esposos y padres con la consiguiente pérdida de privacidad, el establecimiento de vinculaciones triangulares con el riesgo de exclusión, el establecimiento en los hijos de un progresivamente más amplio repertorio de roles que demandan complementariedad fuera del ámbito familiar y el modelo de aprendizaje social resultante, van a ser causa de numerosas fricciones y conflictos.

El sociodrama se trabaja con métodos de acción profunda relativos a las relaciones intergrupales y a las ideologías colectivas. Los roles que representan ideas y experiencias colectivas son llamados roles sociodramáticos: el padre, la madre, el amante, el empresario, el empleado, etc. Son roles que actúan dentro de estructuras sociales específicas. Por el contrario los roles psicodramáticos son aquellos que representan ideas y experiencias individuales, idénticos consigo mismo, referidos a un individuo particular y que incorporan aspectos de su particular fantasía.

La teoría psicodramática del desarrollo infantil propone que todo rol está coloreado individualmente por la estructura particular del núcleo del Yo del individuo², pero está teñido colectivamente en cada cultura por la inclusión del rol complementario ofrecido durante el período de su estructuración en las distintas matrices de identidad. El sociodrama se basa en el supuesto tácito de que el grupo constituido se halla ya organizado por los roles sociales y culturales que en cierto grado comparten todos los integrantes de una determinada cultura. El objetivo es el grupo como totalidad, pero como

el grupo no existe por sí mismo, su contenido actual son las personas interrelacionadas que lo componen, no como individuos privados, sino como representantes de la misma cultura.

El sociodrama introduce un nuevo enfoque de los problemas antropológicos y culturales al aplicar métodos de acción profunda y verificaciones experimentales a los procesos de recepción de roles en los que el individuo recibe un rol-conserva plenamente establecido que no permite ningún grado de variación, a los procesos de interpretación de roles en los que el individuo disfruta de cierto grado de libertad, y a los procesos de creación de roles en los que el individuo goza de un alto grado de libertad en todo el proceso de caldeamiento-espontaneidad-creatividad-transformación de la conserva cultural. Para ello es necesario conocer todos los roles y situaciones decisivas de una cultura y colocar a los individuos que participan de esa cultura en una situación experimental de modo que se encuentren dispuestos a reestablecerla.

Es inherente al método sociodramático, el trabajar desde el principio dentro de la situación del grupo natural, cediéndole en ocasiones el liderazgo a uno u otro miembro, subordinando el método a los requerimientos de la necesaria espontaneidad del momento, planeando cuidadosamente el procedimiento y reuniendo toda la información disponible, objetivar y compartir esa información con métodos de registro de audio y vídeo. La unidad funcional director-yo auxiliar debe permanecer libre de una anticipación excesiva de los hechos futuros, para poder desentrañar un problema o estudiar una actitud interpersonal al mismo tiempo que curar ese problema o modificar esa actitud. Debe mantenerse una actitud permanente de confrontación y concretización al reproducir los conflictos actuales y vivos que puedan caldear al grupo hasta llevarlo a la *catarsis de integración* más profunda posible.

En sociodrama el manejo de los instrumentos clásicos varía con respecto al psicodrama. En un sentido sociodramático no hay diferencia entre el auditorio y el protagonista, no hay identificaciones, hay identidad colectiva, identidad social. La consideración de los miembros de una comunidad natural como idénticos, es una especie de reflejo colectivo fantástico de aspectos provenientes de la matriz de identidad total indiferenciada, que se proyectan sobre las matrices de identidad familiar y social. Esta fantasía grupal observable en familias de nivel sociogenético bajo y responsable de múltiples trastornos, puede ser realísimamente equilibrada a través de experiencias diferenciales que modi-

fiquen el instrumento propiciando el conocimiento de los miembros del exogrupo por los miembros del intragrupo. Resulta paradójico comprobar que esta fantasía de identidad colectiva que convierte al grupo en una entelequia, está basada en que el principio de la identidad del carácter de los miembros del grupo (identidad de rol) ejerce una influencia tremenda sobre la imaginación fantástica del ser humano.

Resulta útil en sociodrama diferenciar la identificación subjetiva en la que existe una proyección de un sentimiento individual sobre otro individuo, identificando a éste con una figura fantaseada subjetiva, de la identificación objetiva o de rol, en la que la experiencia de una imagen o de una situación de otra persona es considerablemente exacta. Sería la diferenciación entre transferencia y *tele*.

Una de las formas más importantes de identificación objetiva es la que se produce con los roles jugados por otros individuos o con la imagen que el otro con el que se está vinculado tiene de un tercero con el que ambos se relacionan en una situación triangular. En los grupos naturales, los miembros se sienten relacionados entre sí debido al principio de identidad total que actúa ya al nivel del no conocimiento, para luego, al llegar a conocerse jugando roles en la situación vincular, basar la relación en una identificación objetiva o de rol. Los tres principios, identidad, identificación subjetiva y rol, se hallan generalmente entrelazados, rara vez aparecen separadamente.

Sin embargo el proceso de identificación rara vez es completo. La mayor parte de los procesos de identificación lo son respecto de aspectos parciales de otra persona. En este sentido, el principio de identidad estaría relacionado con la matriz de identidad total, con la emergencia y desarrollo de los roles psicossomáticos, con el vínculo físico y el establecimiento de lo que denominamos *zona*, con el átomo social objetivo de la madre como yo-auxiliar primitivo, y sería una identificación de tipo primario, muy condicionada filogenéticamente según un modelo incorporativo.

La identificación subjetiva estaría más relacionada con la fase mítica de la matriz familiar una vez producida la brecha entre fantasía y realidad, con el desarrollo del imaginar y el pensar, con la recepción de la palabra transmisora de un orden mítico simbólico y por tanto con la capacidad de identificación por proyección de imágenes fantaseadas, siendo una identificación intermedia. La identificación objetiva o de rol estaría más relacionada con la fase mimética de la matriz familiar y con la matriz social, en

la que es posible jugar y dramatizar las formas y los contenidos de los roles complementarios ofrecidos en esas matrices con una percepción más simultánea y espacialmente discriminada, siendo entonces una identificación secundaria, más condicionada ontogenéticamente.

EL CONCEPTO DE MATRIZ. LA MATRIZ FAMILIAR

Para MORENO la matriz es un locus, un lugar de acontecimientos fundantes, un lugar de acciones y encuentros, donde el ser humano va constituyendo modos de ser propios, unidades de acción dramática, roles que se desarrollan a partir del momento mismo de su emergencia, en un clima emocional determinado por el status sociométrico intragrupo del individuo.

MORENO distingue una primera fase denominada matriz de identidad total indiferenciada, donde el sí mismo estaría inmerso en lo sincrético, donde el ser y la acción en curso son una misma cosa, la cosa en sí, con una sensación de existir precaria, con el psiquismo aún caótico e indiferenciado y el ser inmerso en lo que denominó hambre de actos sin poder diferenciar entre el Yo y el no-Yo. En una segunda fase de matriz de identidad total diferenciada, el niño comienza a distinguir los roles complementarios, las personas y los objetos, el Yo del no-Yo. La maduración del teleencéfalo le permitirá discriminaciones temporales y espaciales. El niño se lanza así al reconocimiento de formas y funciones. En esta fase comienza a establecer su capacidad de relación *tele*, de relación emocional a distancia.

En la matriz de identidad comienzan a desarrollarse los roles psicossomáticos, paralelamente al desarrollo y maduración del sistema límbico (mielinización), durante los dos primeros años de vida. Su desarrollo armónico va organizando y diferenciando áreas de lo que primitivamente era el psiquismo caótico e indiferenciado, incluyendo los climas emocionales de la matriz para dar lugar a los modelos psicossomáticos con una serie de vivencias psicológicas sustentadas sobre sus respectivas vivencias cenestésicas, constituyendo el núcleo del Yo, base estructural de la personalidad, con anclaje neurofisiológico, y finalidad discriminativa entre las áreas de representación ambiental, corporal y mental. Los roles y modelos psicossomáticos constituyen el primitivo átomo cultural o esquema de roles del niño. Las bases neurofisiológicas de su instauración y desarrollo, las formas vinculares específicas de su complementación y

el clima emocional ofrecido por la matriz, van a instaurar en el ser las actitudes básicas o estructurales de la personalidad. Dependerá sobre todo del clima emocional existente durante el desarrollo de cada rol psicossomático, el que la complementariedad de estructuras sea completa o quede carenciada.

Así, el modelo psicossomático de respirador instaura la actitud básica de la posibilidad de cambio e intercambio. El modelo psicossomático de ingeridor instaura la actitud básica de recibir, incorporar, quedar satisfecho con lo recibido y admitir cierta dependencia de la fuente de satisfacción. El modelo psicossomático de contactador, que, como el de ingeridor, está basado en el único sistema neurofisiológico totalmente mielinizado al nacer (laberinto, boca, mano y piel), le permite descubrir lo otro, su presencia o ausencia, la ternura o la brusquedad del contacto, el efecto *membrana* donde se dan los límites, las situaciones de intercambio y regulación, la función de protección y envoltura.

Este rol de contactador será fundamental para desarrollar una actitud básica de amor, que permitirá en un futuro un contacto psíquico más profundo y el mejor contacto epidérmico al mismo tiempo y con el mismo ser. También tiene relación con la capacidad de contener y ser contenido, con la pulsión de apego, de agarramiento y de exploración y dominio del campo. La piel será en definitiva, con todas sus funciones biológicas, la base ectodérmica del rol psicossomático de contactador, y la búsqueda de contacto epidérmico y mucoso será un factor esencial en el desarrollo afectivo, cognitivo y social del niño.

Otros roles psicossomáticos que inician su desarrollo en la matriz de identidad son el rol psicossomático de defecador con sensaciones cenestésicas de surgimiento, oposición, expulsión y pérdida y las correlativas sensaciones o vivencias psicológicas de creación, elaboración, expresión y comunicación. Junto con el modelo de ingeridor conformaran el modelo de relación con el ambiente con una disminución de la omnipotencia primitiva. El rol psicossomático de urinator conformará la actitud básica de planeamiento y realización de acciones para satisfacer deseos internos, así como los modelos femenino y masculino de la personalidad. El rol de receptor cenestésico para el reconocimiento de las propias reacciones situacionales de temor o protección, el rol kinésico para la experimentación de la independencia deambulatoria en relación a la gravedad, el rol de visor para el descubrimiento de lo que rodea y separa en el espacio, y los roles de olfateador, audi-

tor y degustador para la decodificación del mundo sensorial.

Los roles psicossomáticos de ingeridor, defecador y urinator, tienen una especial relevancia por tratarse de funciones no automáticas. La teoría de los roles propone que posteriormente, los roles familiares, sociales y psicodramáticos se organizarán en racimo sobre el tronco común de los roles psicossomáticos. Por tanto, éstos completarán su desarrollo en las subsiguientes matrices familiar y social. El átomo social objetivo de la madre, compuesto por el conjunto de vínculos emocionalmente significativos de ésta, va a ofrecer los roles complementarios para el desarrollo de los roles que van a conformar el átomo cultural o esquema de roles primitivo del niño.

La matriz familiar comienza con el advenimiento al segundo universo donde el niño comienza a separar la fantasía de la realidad. En psicodrama, consideramos que el individuo deberá instaurar un particular equilibrio dinámico entre las situaciones que pueden ser resueltas en el nivel de lo real y aquellas que pueden serlo en el nivel de lo fantástico, desarrollando paulatinamente su capacidad para lo simbólico. En esta matriz, el individuo comienza un modo de vinculación real con lo no-yo. La mecánica de los acontecimientos es intencional de modo que todo movimiento es vivido como si fuera puesto en juego por alguien (artificialismo) y como dotado de una finalidad determinada (finalismo).

El niño, espoleado por su curiosidad, buscará desentrañar esa mecánica intencional, alcanzando así sus primeros constructos cognitivos. Esta ansiedad básica de exploración busca la transformación autorreferencial y egocéntrica de lo desconocido en conocido, origen de su particular cosmovisión. Es precisamente durante la llamada fase mitopoyética de la matriz familiar³ cuando el niño comienza a desarrollar su capacidad fantástica e imaginaria, sus sueños y ensueños. Un buen desarrollo de esta fase, poblará el mundo interno con imágenes organizadas, lo que le hará tomar distancia con la inmediatez de lo real, para así poder nombrarlo con palabras y advenir más tarde a la función lógica del pensar. Será en esta fase cuando comienza la influencia normativizadora de los mitos familiares y su aprendizaje ritual con características mixtas entre la analogía y el símbolo.

En la fase mimética de la matriz familiar el niño comienza con sus juegos de emulación identificatoria, copiando los roles de sus yo-auxiliares naturales. Se familiariza así con códigos de conducta y modelos gestuales que lo

fundan fisionómicamente, para su ulterior comunicación con el mundo a través de formas naturales socializadas. Mediante la actividad mimética el niño explora sus contrarroles, descubriendo empíricamente la técnica del cambio de roles, que tanta importancia tendrá luego en el aprendizaje social y en la terapéutica. MORENO plantea que es en esta matriz familiar donde el hambre de actos, ansiedad básica de la matriz de identidad total, es reducida a una tendencia motivadora de logro, a la que denomina «hambre cósmica de transformación», la cual tendría el carácter de una necesidad residual infantil de reeditar la identidad total de un modo sincrético. Esta ansiedad básica va a tener una gran influencia en los movimientos defensivos de dilatación del sí mismo psicológico ante situaciones alarmógenas, y en los trastornos sociodinámicos derivados de los intentos de difusión ilimitada de la expansividad afectiva.

MORENO describe como este hambre de transformación lleva al individuo a una constante búsqueda de inversión de roles, tanto en lo real como en lo fantástico, descubriendo así los límites de su omnipotencia primitiva al descubrir que con algunos aspectos de lo no-yo, es absolutamente imposible invertir roles. Los agonismos y antagonismos de cada unidad de acción dramática con las figuras de la matriz familiar, darán origen a una incipiente estructura axiológica encuadrada en el marco de los mitos familiares, y a un repertorio de conductas que por similitud o reacción se referirán miméticamente a los modelos prototípicos familiares. Una vez establecida la comunicación gestual mimética y la comunicación verbal mítica, el niño dinamizará la estructura axiológica estática, relativizará las pautas rígidas de participación-exclusión en las relaciones triangulares, para entrar en la fase ideológica de la matriz familiar, donde situándose cara a cara con sus yoyauxiliares naturales, comenzará a fundarse ideológicamente como persona, estableciendo su propio sistema de valores positivos a través de sucesivos encuentros dramáticos donde los valores propios sustentarán la emergencia de los distintos roles sociales que se desarrollarán luego en la matriz social y de los roles psicodramáticos que irán creándose en cada acto creativo-espontáneo de autonomía y autoafirmación³.

En esta matriz familiar se describe⁴ un proceso de memoria, juego y dramatización por medio del cual, el niño, a partir de los dos años, va a aprender paulatinamente los roles sociales o roles conserva que le ofrece su medio socio-familiar específico. En una primera etapa le son ofrecidos al niño unos roles, unas formas socia-

les con características míticas, bien sea a través de cuentos infantiles, de relatos familiares, o de roles conserva. En esta etapa llamada de memoria, el niño aprende globalmente la forma social ofrecida, primero interesándose en el fondo o tono emocional melódico, para posteriormente destacar de este fondo determinadas formas conocidas, descubriendo así las palabras, la estructura del texto del relato. Este registro global e indiscriminado, comprende la unidad compuesta por los roles complementarios, sus vínculos y la situación correspondiente. Se registran roles potenciales en un doble registro del fondo melódico y de la forma textual.

Para poder evocar la huella mnémica del relato, el niño debe estructurar una imagen particular que será una síntesis personal de todos los elementos participantes, forma, fondo y sensaciones experimentadas. Esta imagen interna, como producto psíquico específico constituye una pertenencia del niño con lo que establece una relación que le servirá de guía para construir sus juegos. Así pues, en la etapa de memoria se produce un registro lineal, sucesivo, de los estímulos estructurados, hasta su elaboración como imagen interna.

En la etapa de juego, el niño tiende a jugar con objetos lo apercebido (relato, mito, esquema, vincular, etc.). Para ello, la imagen debe pasar de la mente al ambiente a través del cuerpo, buscando movimientos acordes con la imagen y estructurando actos que conjuguen la imagen con las leyes naturales (prueba de realidad). Cuando el niño consigue reproducir fielmente en el ambiente la imagen interna que tiene del relato, obtiene lo que se denomina la imagen real.

En los juegos repetidos, descubre las interacciones y las relaciones espacio-temporales entre los distintos roles conserva, que dejan de ser sucesivas para pasar a ser simultáneas. El descubrimiento de las interacciones durante el juego es el descubrimiento de las formas sociales. La imagen real construida en el ambiente permite una nueva imagen objetivable y perceptible como un todo coherente.

En la etapa de dramatización, el niño comparte el relato con otros a los que supone conocedores del mismo. Vivencia así los contenidos de las formas sociales, descubriendo el vínculo y la importancia de la complementariedad de roles para generarlo. Puede delegar personajes en otros, y cambiar roles con ellos, hasta agotar las posibilidades y matices del relato.

En el trabajo sociodramático familiar, se pasa revista a estas etapas de la matriz familiar. Interesa diagnosticar todos aquellos relatos, mi-

tos y roles conserva que no han sido jugados ni dramatizados permaneciendo como imágenes internas subjetivas, como fantasías en la mente de los distintos miembros que dificultan la percepción realista de la estructura vincular. La técnica tendrá entonces la función de facilitar el juego y la dramatización de estas imágenes dentro de la matriz terapéutica provista por el campo psicodramático. En los adultos, el juego físico y concreto con las cosas, es cambiado en ocasiones por el juego mental con las huellas mnémicas y las abstracciones. Los modelos de análisis de la realidad aprendidos durante la construcción de las imágenes reales en la etapa de juego, son utilizadas como formas estables de cosmovisión en las que se modifican los contenidos de acuerdo a las necesidades situacionales.

Es en la matriz familiar donde se desarrollan los roles familiares del átomo cultural familiar, sobre las actitudes básicas adquiridas en la matriz de identidad y dentro de la estructura del átomo social objetivo formado por la familia y sus conexiones con la red familiar extensa y la red social⁵. La *zona*, en el sentido moreniano de conjunto de elementos propios y ajenos, actuales y presentes que permiten el surgimiento de un *foco* como iniciador específico de un rol determinado, está constituida en esta etapa por la estructura de relaciones y vínculos afectivos familiares, por el átomo social familiar. La coherencia, pertinencia, congruencia y permanencia de las actitudes básicas de los que desempeñan los roles complementarios en esta matriz, es fundamental para el desarrollo espontáneo y creativo de los roles familiares y de los incipientes roles sociales. Una matriz familiar adecuada puede suplementar las carencias de una matriz de identidad poco continente, y completar la formación de actitudes básicas.

Los roles desarrollados en la matriz familiar, influidos por la cultura familiar brindada por el átomo social objetivo, facilitan la inserción en la matriz social de una manera original y propia. Será en la matriz social donde se complete el proceso de memoria, juego y dramatización o proceso de recepción, interpretación y creación de roles. Tanto en la matriz familiar como en la matriz social se darán intentos de asignación y procesos más o menos oscuros de asunción de roles que podrán enriquecer o empobrecer el átomo cultural del individuo, según sea la conformación de los átomos sociales con los que contacta.

Estas oscuras asunciones de roles responden a intereses del sociogrupo no suficientemente explícitos, y conducen a estructuraciones sociomé-

tricas situacionales concretas de bajo nivel de salud, estructuraciones éstas que serán objetivo de tratamiento en sociodrama familiar. Al trabajar en el aquí y ahora de la terapia, sobre el átomo social perceptual (la estructura de elecciones y rechazos esperados pero no objetivos) más o menos distorsionado, se está trabajando sobre un rol en conflicto vincular, y al corregir su estructuración, se modificará a un tiempo la estructura del rol social, del rol familiar y de la actitud básica enracimados con el rol psicósomático en que está fundado ese rol en conflicto. Ello supone una mayor diferenciación del yo de los participantes en el vínculo, así como una mayor diferenciación y organización de las áreas de psiquismo involucradas en la actitud básica de él o los roles psicósomáticos comprometidos.

Un átomo social perceptual muy alejado del átomo social objetivo, estará lleno de pseudo-roles (rol del que se tiene información pero no formación y sustentado por una situación social dada), percibiéndose erróneamente elecciones y rechazos, con un gran prejuicio de reciprocidad diádica y una falta de límites en la expansividad afectiva. En sociodrama familiar se trabaja terapéuticamente con los átomos sociales perceptuales y objetivos de cada uno de los miembros de la familia. Cada vínculo necesitará de un caldeamiento específico, y las dificultades podrán tener un doble origen, bien en el status sociométrico que el individuo designado en cada vínculo tiene en su átomo social, bien en la deficiente estructuración de uno o varios roles durante el proceso matricial descrito.

MORENO COMO PRECURSOR DE LA TERAPIA FAMILIAR

Muchos de los actuales terapeutas de familia, desconocen el hecho de que MORENO, desde sus primeros escritos en 1923, propuso ya un punto de vista interaccional en psicoterapia, desarrollando ideas muy concretas sobre terapia de pareja, terapia familiar y terapia de redes. En 1923, MORENO escribe *Das StegeifTheater*⁶ donde describe el paso de los métodos individuales a los métodos grupales de acción profunda. En 1937 MORENO publica un artículo titulado *Interpersonal Therapy and the psychopathology of Interpersonal Relations*⁷ en el que desarrolla ideas sobre el concepto de *Zwischenmenschliche Beziehungen* (relaciones interpersonales) que ya fue propuesto de forma embrionaria y poética en la revista *Daimon*, fundada en 1918 y en la que colaboraban personas como

MARTIN BUBER O FRANZ KAFKA. En este artículo escribió: «Así, la estructura momentánea de la situación vital privada del paciente, los aspectos físicos y mentales de su personalidad y sobre todo como opera e interactúa en ese momento con los miembros de su familia y con los distintos miembros de su red social, es la información que se requiere para el diagnóstico».

También en 1937 publicó el artículo *Intermediate (in situ) treatment of a Matrimonial Triangle*⁸. En él habla de tratar no a una u otra persona, sino de tratar al vínculo que las une. Propone utilizar a una de las personas implicadas como agente terapéutico con respecto a los otros. Aparecen en este artículo términos como catarsis interpersonal, conflicto interpersonal, resistencia interpersonal, dinámica interpersonal, terapia interpersonal, equilibrio interpersonal, proceso interpersonal, etc. Textualmente llega a decir: «En vez de tratarla a ella exclusivamente, intenté tratar a todos los individuos que eran esenciales en su situación, y lo hice de forma sistemática».

Su técnica consistía tanto en sesiones alternas con uno u otro miembro del triángulo, como en sesiones conjuntas. Propone el término *neurosis interpersonal* para referirse a la psicopatología vincular, independientemente de las características estructurales neuróticas de cada miembro. Nos dice: «El equilibrio interpersonal entre ella y su marido, puede ser reestablecido independientemente de las dificultades de personalidad, neuróticas o de otro tipo, que ella pueda continuar presentando». Nos señala también que el encuentro entre todos los individuos implicados en una situación interpersonal, en presencia de un psiquiatra, está lleno de complicaciones dinámicas, las cuales consideradas seriamente, abren un nuevo capítulo en la psicoterapia. Más tarde propone la posibilidad de efectuar intervenciones *domiciliarias*, en el espacio vital real, como una especie de psicodrama proyectado en la vida, con el terapeuta jugando el papel de Yo-auxiliar.

En este mismo artículo de 1937, sugiere ya la posibilidad de efectuar *terapia de redes*: «Cuanto mayor sea la cadena de individuos cuyo equilibrio de interrelación está perturbado, mayor será la dificultad para el psiquiatra». Nos define las «redes de corriente psicológica influyente» y advierte que en algunos casos la sensibilidad del paciente al flujo controvertido del *tele* a través de la red, puede ser muy alta, y por tanto su ansiedad puede ser debida a lo que denomina «shock de la red». El psiquiatra debe alternar la investigación con una u otra persona de la red, para reconstruir sus relaciones con

el paciente, ya que algunas partes de la red son evidentes para el paciente, pero otras partes están representadas en su mente tan sólo esquemáticamente. MORENO señala aquí también la importancia de que el paciente sea llevado a recordar pieza por pieza la sucesión de individuos de la red que llevan a un individuo clave (portador de un mensaje emocional significativo) y a una situación o escena clave. Cuanta mayor es la edad de un individuo, mayor será la red a investigar. A veces la red es tan extensa y sus *nudos* muestran dificultades de tal tipo que la terapia de la red se puede convertir en la terapia de la comunidad como un todo.

En 1943, publica *Sociometry and Cultural Order*⁹, libro en el que amplía conceptos ya vertidos en un artículo previo de 1937: *Sociometry in relation to other social sciences*¹⁰. En él nos dice: «...no existe fenómeno social en el cual los procesos interindividuales e intergrupales no sean el centro de la cuestión, a menos que deje de ser un fenómeno social». Le interesa investigar como la estructura subyacente, actual, dinámica y central, de la sociedad humana, determina los agrupamientos formales.

En *Psychodramatic treatment of Marriage Problems*¹¹ recomienda comenzar tratando a la persona que efectúa la demanda, para ir comprometiendo progresivamente al resto de las personas implicadas. Describe, en este artículo, técnicas específicas de terapia interaccional, cuyo objetivo es tender un puente vincular entre los sujetos: la técnica del diálogo natural sin la presencia del terapeuta así como con su presencia pasiva, la asunción por parte del terapeuta de un rol activo como Yo-auxiliar, observador participante o intérprete intermediario. La técnica de entrevista al protagonista en presencia del resto. La técnica de actuar como catalizador de la responsabilidad y la productividad interpersonal. La técnica de actuar como guía terapéutico así como las técnicas psicodramáticas básicas de espejo, doble, soliloquio, cambio de roles, interpolación de resistencias, etc.

En *Foundations of Sociometry*¹², señala el ya descrito fenómeno de la existencia de áreas de intersección y de no intersección entre los átomos sociales de los individuos que están formando una pareja parental. La sociometría descriptiva, se interesa por las complejas cadenas de interrelación entre los distintos átomos sociales hasta formar una «red psicológica influyente». Cuanto más antigua y extensa sea una red, tanto menos significativa es la contribución de un solo individuo a su formación. La sociometría logra estudiar la estructura social como un todo y sus partes al mismo tiempo.

En *Group Psychotherapy. A Symposium*¹³ dice: «El marido y la esposa, la madre y el niño, son tratados como un conjunto, cara a cara, porque cuando están separados pueden no mostrar ningún trastorno mental tangible». En *Interpersonal Therapy, Group Psychotherapy and the function of the unconscious*¹⁴, efectúa una crítica de las teorías de H. S. SULLIVAN, ya que aunque este autor pone el acento sobre la interacción terapeuta-paciente, no trata al mismo tiempo a varios individuos relacionados entre sí. Critica también a FREUD, JUNG y ADLER en el sentido de que sus respectivas teorías no contienen métodos clínicos ni teóricos sobre el tratamiento de vínculos interpersonales. Para poder hablar de tratamiento interpersonal, debe haber al menos dos personas presentes además del terapeuta, el cual permanece como observador participante, como yo-auxiliar e intérprete de ambas partes.

En este mismo artículo, MORENO diferencia muy bien la terapia sociodramática familiar de otros tipos de terapia de grupo: «Existe un área entre los individuos y los grupos reunidos casualmente de forma no estructurada. Éste es el área de las uniones altamente estructuradas de personas que se encuentran ligadas por lazos emocionales y tradicionales de larga duración y evolución, como son la pareja de esposos, los miembros de una familia, los amantes, los amigos íntimos, los socios de un negocio, etc. Cuando se desarrolla un conflicto entre los miembros de estas agrupaciones, hay que emplear métodos que puedan alcanzar los síndromes interpersonales profundamente. La terapia interpersonal es una categoría aparte de la terapia individual y la terapia de grupo».

SOCIOLOGÍA Y SOCIOMETRÍA DEL SOCIODRAMA

Los aportes del método sociológico

En el contexto dramático de la sesión de sociodrama familiar, se opera sobre las condiciones concretas de existencia de la cultura familiar considerada, las cuales son investigadas en el contexto grupal. Debe establecerse pues el grado de normalidad social del fenómeno, por su conexión con dichas condiciones, bien sea como efecto mecánicamente necesario o como medio de adaptación al sistema microsocioal.

Los sistemas sociales pasan por periodos de transición de carácter transaccional en los que el conjunto de la especie social está en vías de cambio. En la cultura familiar, un hecho puede

persistir de forma anti-espontánea sin responder ya a las exigencias de una nueva situación. Con las posibilidades del contexto dramático, podemos investigar si las condiciones de un hecho microsocioal surgido en el pasado, aún se dan en el presente, o por el contrario se trata de una conserva cultural que demanda ser transformada creativamente.

En la familia es importante investigar la axiología relativa a la moral y el derecho, para comprender cómo las divergencias o disidencias de un miembro pueden ser vividas por los demás como carácter *criminal*, en la medida en que lesione un sentimiento colectivo relativo a la axiología familiar. Recuerdo un caso de una familia que consultó por una hija adolescente que abusaba del alcohol. Resultó ser una familia de confesión integrista, muy rígida, con un padre que era el único que tenía derecho a consumir alcohol y café, y donde la hija transgredía la moral familiar precisamente allí donde ésta se mostraba ambivalente.

En las especies sociales que tienen una identidad colectiva fuerte, una moral muy rígida, se ejerce de distintas formas y desde distintos roles la función de autoridad, la cual consigue que las divergencias sean muy débiles en valor absoluto, pero trayendo como corolario el hecho de ser más sensible, más exigente y reaccionar fuertemente contra los menores desvíos de la norma, con una energía desmesurada, que un sistema social menos cerrado, sólo emplearía contra disidencias más considerables.

Para que las transformaciones sociales espontáneas sean posibles, es preciso que los sentimientos colectivos que forman la base de la moral, no sean refractarios al cambio y por consiguiente sólo tengan una energía moderada¹⁵. En una investigación sociométrica con pacientes esquizofrénicos crónicos¹⁶, pudimos observar que para poder estimular la progresión sociogenética de los grupos, para crear las condiciones en las que el cambio sea posible, es preciso admitir un periodo en el que la cohesión del grupo disminuye al aumentar las demostraciones de reciprocidad diádica negativa que permanecían latentes.

Cuanto más intensos sean estos sentimientos morales colectivos, el conjunto social no será lo suficientemente plástico, y más necesaria se hará la confrontación terapéutica. Cuanto más acusada sea una estructura, más resistencia opone a su modificación. Es preciso que la autoridad inherente a la conciencia moral no sea excesiva, pues de otra manera nadie osará ponerla en cuestión y se fijará demasiado en una forma inmutable. Para que pueda evolucionar es pre-

ciso que la originalidad (como aspecto de la espontaneidad) individual sea posible. La conducta desviada de la norma, desempeña en esta evolución un papel útil. No solamente implica que el camino está abierto a los cambios necesarios, sino que en determinados casos prepara directamente estos cambios.

CH. S. PEIRCE, filósofo pragmático americano que influyó en el pensamiento de MORENO, plantea esta cuestión en términos de «fijación de la creencia» y «estado de duda». Para que una creencia con su innegable valor homeostático, pueda evolucionar y ser cambiada por otra, el sujeto debe ser puesto en situación de duda real y viva, situación ésta de desequilibrio, que tenderá a resolverse espontáneamente por el alcance de un nuevo estado de creencia cualitativamente distinto¹⁷. En sociodrama, el Yo-auxiliar que es ese miembro del equipo terapéutico que dramatiza roles con los protagonistas, representa muchas veces la alternativa a la situación, la duda. Los participantes en la sesión, son expuestos en el contexto dramático a situaciones de duda real y viva, que demandarán respuestas espontáneas, es decir adecuadas al contexto, creativas, originales, de alta calidad dramática y portadoras de nuevos valores positivos puros. De esta manera podrá cambiar la cosmovisión de los participantes.

Para la sociología, el desarrollo social no es continuo entre tipos sociales cualitativamente distintos. El desarrollo sociogenético pierde continuidad. Se producen saltos entre uno y otro tipo de configuración. En sociodrama la crisis tiene valor de cambio sociogenético. La conserva cultural es caldeada por el método hasta que todos los elementos de la zona confluyen en un nuevo foco que será el iniciador específico para un acto espontáneo-creativo que transforma la conserva, que inicia el desarrollo de un nuevo rol, en un momento fundante de un valor positivo relativo a una nueva creencia que transforma tanto al individuo como a la estructura vincular en la que se halla inmerso.

El verdadero método experimental propuesto por los sociólogos,^{15, 18} tiende más bien a sustituir los hechos vulgares, que sólo son demostrativos a condición de ser muy numerosos, y que por consiguiente sólo permiten conclusiones relativas, por hechos decisivos o cruciales, que por sí mismos y con independencia de su número, tienen un valor y un interés científico. Estos hechos decisivos y cruciales, se ajustarán a la «filosofía del momento» propuesta por MORENO, al concepto de «momentos fundantes» y al concepto de «duración» propuesto por H. BERGSON¹⁹.

La sociología ha observado desde hace tiempo¹⁵, que los seres individuales se agregan, se penetran y se fusionan para engendrar un ser psíquico grupal que constituye una individualidad de nuevo género. Este fenómeno es llamado en sociometría la constitución del *psicogrupo*, definido como la estructuración sociométrica del grupo con criterios de tipo afectivo. El grupo piensa, siente y obra de manera distinta a como lo harían sus miembros aislados. Por eso en sociodrama familiar será tan importante que el terapeuta se una a la estructura del psicogrupo, a través de su rol de Yo-auxiliar. Sólo de esta manera podrá operar en el nivel grupal supraindividual. Su capacidad *tele*, su espontaneidad, le ayudarán en esta maniobra.

En su adaptación a la familia seguirá al principio una adaptación pasiva, adoptando las emociones y los estilos comunicacionales de sus miembros precisamente allí donde después va a construir un mecanismo que va a reaccionar de modo activo. El psicogrupo recibirá primero pasivamente la impronta del *agente terapéutico*, para reaccionar luego abiertamente, cambiando su estructura según el modelo bergsoniano de ortogénesis¹⁹, donde la causalidad del cambio operado tiene un sentido intermedio entre los de desarrollo y de iniciación.

El desarrollo sociogenético necesita para producirse un cierto salto cualitativo. Pero parecería que los modelos sociales de la cultura familiar hubieran nacido unos de otros sin solución de continuidad. Estos modelos son sistemas sociales cerrados en los que el cambio se produce en la resituación de los elementos de la estructura, pero no en la estructura como un todo. Estos sistemas sociales presentes en muchos modelos familiares, no han tenido en el curso de la evolución sociogenética, un momento para que los individuos deliberaran su nivel de adhesión a la vida colectiva y su elección de este o aquel modelo. Los sistemas sociales cerrados, permanecen en el nivel sociogenético de adhesión o afiliación sin poder avanzar y estabilizarse en niveles más evolucionados donde primen la pertenencia, el compromiso de discusión lógico, la toma de decisiones por consenso, el liderazgo múltiple sociométricamente objetivo, y la madurez experiencial.

En las familias, para poder plantear esta cuestión, es preciso remontarse hasta los primeros orígenes de determinado sistema social cerrado, rastreando, en las así llamadas imágenes constitutivas familiares, las sombras de anteriores generaciones. Son las condiciones en las que se encuentra el cuerpo socio-familiar en su conjunto las que determinan las representaciones, las emo-

ciones y las tendencias colectivas. En sociodrama se dispone de técnicas para evaluar los climas existentes en las matrices de identidad y matrices familiares de las generaciones anteriores, y determinar, elucidando junto con los protagonistas, la influencia en la estructuración de los modelos psicósomáticos básicos de los progenitores actuales, lo que determina a su vez el clima de la matriz familiar actual.

La sociología se preocupa¹⁵ por el abismo existente entre las condiciones psíquicas de la simpatía que experimentan entre sí dos individuos de la misma sangre (psicogrupo) y ese conjunto indigesto de reglas jurídicas y morales que regulan y determinan la estructura de la familia (sociogrupo). Ha habido algunos filósofos, etnólogos y sociólogos²⁰ que se han ocupado de estudiar las funciones del sociogrupo familiar dentro del ordenamiento macrosocial. A los sociómetras como MORENO, les interesa estudiar cómo cada familia encuentra su equilibrio entre las necesidades de orden sociogrupal y las de orden psicogrupal. Diferentes modelos de organización social, como ya señaló MALINOWSKI²¹, dan lugar a presiones supraestructurales para que las familias en ellos inmersas tiendan a uno u a otro modelo de equilibrio en la complementariedad psicogrupo-sociogrupo.

MORENO se vio muy influido por BERGSON¹⁹ al explicar su modelo de cambio en el procedimiento psicodramático. Este autor se cuestionó los dos modelos opuestos de explicación evolucionista: la hipótesis de variaciones meramente accidentales y la hipótesis de una variación dirigida en un sentido definido bajo la influencia de las condiciones exteriores. Señaló cómo las variaciones accidentales e insensibles acumuladas sucesivamente, difícilmente podrían avenirse entre sí para suceder en todas las partes del órgano a la vez de modo que éste continuara cumpliendo su función. Propuso una modificación de la ley de correlación evolucionista para la hipótesis del cambio brusco. Dentro de la estructura considerada, en este caso la estructura socio-atómica, una cosa es un conjunto de cambios *solidarios* y otra cosa es un sistema de cambios *complementarios*, simultáneos y coordinados entre sí de modo que se mantenga y se perfeccione el funcionamiento de la estructura en condiciones más complicadas. En psicodrama, la complementariedad y la simultaneidad son dos características del contexto dramático, del juego y la dramatización.

Sin embargo, para no cometer un paralogsimo con el término *correlación*, debemos admitir que si las variaciones accidentales son bruscas, la antigua función no continuará ejerciéndose,

o no la reemplazará una función nueva más que en el caso de que todos los cambios sobrevenidos, simultáneamente se completen y complementen con vistas al cumplimiento de un acto. Esta idea bergsoniana influye en MORENO en su concepto de zona y foco como iniciadores específicos de todo nuevo desarrollo. Para obtener la convergencia de los cambios simultáneos no queda sino apelar a la influencia directa de las condiciones externas del momento, según el modelo de la ortogénesis bergsoniano.

En sociodrama familiar, se anima en el contexto dramático a que las funciones familiares sean jugadas por distintos miembros, con lo que se logra una mayor influencia de los roles sobre la función, enriqueciéndola y modificándola hasta que todos esos cambios logran modificar la estructura momentánea de la zona relativa a alguno de los roles familiares que al ser puesto de nuevo en acción con el individuo abocado al acto, logran coincidir simultáneamente en un foco que funciona como iniciador específico para el desarrollo de un nuevo rol resuelto y creativo que es inmediatamente complementado por otro de los roles familiares puestos en juego. La técnica psicodramática permite regular la influencia precisa de las condiciones externas del momento. El nuevo equilibrio de roles complementarios permite el surgimiento de nuevas funciones dentro del grupo familiar así como la flexibilización de la estructura para permitir la búsqueda de complementariedades en el exogrupo.

El método psicodramático como paradigma epistemológico

El método psicodramático es un método en la medida en que constituye «una ayuda a la estrategia del sujeto»²². En psicodrama no se explica al sujeto cuáles son las dificultades que va a encontrar en el camino que quiere recorrer, ni cómo sería la manera saludable de resolverlas, sino que se le anima directamente a que recorra ese camino en el contexto dramático, observando la estrategia que espontáneamente desarrolla para ayudarle a hacerla más operativa, creativa y adecuada al contexto a un mismo tiempo.

Los individuos que realizan su propio psicodrama en la situación de terapia-aprendizaje que supone el contexto dramático, se ven cognitivamente empujados a buscar un conocimiento *in status nascendi*, a lograr una explicación metódica de los sucesos que van creando espontáneamente. El contexto dramático es una matriz donde toda *metodología* (como guía a priori que

programa el conocimiento en el sentido moreniano de conservación cultural) es situada en proceso de caldeamiento para ayudar al sujeto en su estrategia espontánea-creativa de transformación y conocimiento. El método psicodramático ayuda, en esta «estrategia de construcción en movimiento que transforma los constituyentes que la forman», a que el sujeto adquiera una especie de constructo cognitivo sobre sus propias acciones a punto de realizarse.

El propio método aporta, a través de las distintas funciones de sus instrumentos, una solución original al problema de la mera posibilidad del conocimiento. De una parte las condiciones de existencia *momentánea* del mundo psicodramático son las mismas que las condiciones de existencia del conocimiento psicodramático, y de otra la función de observador subjetivo objetivado del yo-auxiliar y del protagonista como actor espontáneo, hacen que en el universo psicodramático este sector espontáneo se desdoble para conocerse a sí mismo permaneciendo paradójicamente idéntico a sí mismo. El conocimiento psicodramático es pues posible. Al ser un proceso espontáneo, no hace sino reproducir la propiedad de computación-cognición inherente a la fisiología de la vida. Los protozoos se computan a sí mismos. Los metazoos computan las computaciones celulares mediante la actividad neurofisiológica. Los lenguajes humanos computan esas computaciones.

Los tres momentos del conocimiento del fenómeno, la comprensión intelectual, la comprensión emocional y la comprensión axiológica, están en función de la estrategia del sujeto, siendo esta función de su intencionalidad, y esta última de la iluminación del campo. El método psicodramático ayuda al sujeto primero a encontrar su estrategia, para después encontrar su propio método resuelto de ser en el mundo, articulando su conocimiento del objeto con su conocimiento de sí mismo como sujeto que conoce al objeto. Esta estrategia será la base de lo que en psicodrama se conoce como la transformación de los roles familiares y sociales en roles psicodramáticos con la inclusión de elementos constitutivos originales y creativos provenientes de la fantasía.

La estrategia se construye en el transcurso de las acciones. El sujeto que conoce, sólo puede ser conocido a través de sus aspectos captables: los roles. En psicodrama se juega a crear roles y la estrategia es el método propio de un individuo en situación de juego (en el sentido de situación que presupone satisfacción relativa de acoplamiento de estructuras genéticas programadas externas e internas y campo libre de la

conducta de apetito). Debe hablarse pues de estrategia psicodramática y no de programa psicodramático pues el programa preestablece una secuencia de acciones, lo cual chocaría con la teoría de la espontaneidad.

La regulación de la estrategia de conocimiento psicodramático viene dada por tres principios del método. En primer lugar por el *principio dialógico* establecido por MORENO en su teoría del encuentro. La búsqueda de la complementariedad es el primer movimiento en el contexto dramático. Complementariedad entre los roles del protagonista y los roles del Yo-auxiliar, entre antagonismos y deuteragonismos, entre subjetivación y objetivación, entre análisis y síntesis.

En segundo lugar la estrategia es regulada por el *principio holográfico de las relaciones objetales*, distinguiéndose entre rasgo, cosa, objeto e instrumento, en las que el objeto vendría a ser el marchamo de la cosa, lo cual se concretiza en psicodrama a través de la teoría de la técnica de construcción de imágenes. En las imágenes psicodramáticas el todo está en la parte que está en el todo, y la parte puede regenerar el todo.

En tercer lugar, la estrategia es regulada por el *principio de interdependencia o principio recursivo* donde causa y efecto son dos aspectos de un mismo proceso, lo que en sociodrama familiar va más allá de la causalidad circular ya que se contempla el fenómeno de que todo rol contiene en su estructura al rol complementario específico que le fue brindado durante el periodo de su estructuración en la matriz familiar a través del proceso de memoria, juego y dramatización descrito. Desde el punto de vista del axiodrama, el valor-verdad del conocimiento psicodramático radica tanto en la posibilidad de que suscite el consenso como el disenso. Cada unidad de acción dramática queda momentáneamente cerrada por los movimientos de antagonismo o deuteragonismo, pero la multiplicación dramática (versus interpretación) hace que el conflicto dramático continúe en el tiempo cualitativamente modificado. Sociométricamente, el progreso del conocimiento psicodramático, llevará a una mejor adecuación de elecciones y rechazos, así como a evitar las oscuras asunciones de roles que tratan de ser asignados con gran urgencia y presión por el medio familiar o social.

Bases sociogenéticas de los procesos de estructuración sociométricos

La ley sociogenética dice que toda forma de organización social proviene de la evolución

de otra forma más primitiva. De ahí que pueda darse el fenómeno grupal de que individuos que participan de la misma estructura sociodinámica, pertenezcan a niveles sociogenéticos distintos, lo que puede ser fuente de trastornos sociométricos. Sin embargo, las ideas evolucionistas, que fundaron los primeros análisis sociológicos, han sido criticadas y despojadas de sus aspectos ideológicos y metafísicos por parte de los distintos estructuralismos, no sin atascarse en una supuesta inmovilidad de las esencias. Actualmente se torna a un neoevolucionismo positivista y pragmático²³, basado en la experimentación sistemática de los investigadores, método que ya fue defendido por MORENO a principios de siglo. Así, el cambio o evolución sociogenética, desmascarados sus supuestos teleológicos, pasa a ser función de la estructuración sociométrica de las relaciones interhumanas.

La estructura de las fuerzas psíquicas (la espontaneidad) está relacionada con la estructura de las fuerzas sociales (el tele). Las relaciones interpersonales van creando un orden superior de interdependencia, independiente de los actores aunque nacido de ellos, y este ordenamiento sociométrico funda la marcha evolutiva del cambio sociogenético. No habría pues razones necesarias, ni metafísicas ni teleológicas, para el desarrollo social. Las propias estructuras sociodinámicas fundadas en el intercambio afectivo que nos enseña la sociometría, son las que definen la dirección del desarrollo social, con un cierto grado de impredecibilidad que a la sociometría corresponde tratar de reducir para desvelar la razón estructural a través de las investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas comparadas.

Estudios experimentales sociométricos²⁵ han propuesto una clasificación sociogenética de los grupos en término de sus formas de relación en las áreas de intercambio afectivo, comunicación, poder y consecución de objetivos. En el primer nivel los miembros operan bajo tensión pero responden con formas de actividad emocionalmente inhibida. Es el nivel de la interacción pasiva, con actividad neutral-tensión.

Las formas de comunicación predominantes son la demanda de orientación y la donación de orientación (información, repetición y clarificación). Hay muchas muestras de tensión contenida. El grupo tiene una configuración basal centrada en el líder oficial tipo *rueda de carro*. El grupo funciona más fácilmente como un todo amorfo esperando que las soluciones vengan mágicamente de fuera o sean provistas por el líder. El grupo no soportaría la emergencia de

un protagonista. Los roles que pueden jugarse son roles enracimados sobre el modelo psicósomático de ingeridor.

En el segundo nivel de interacción involucrada o nivel de afiliación, el grupo tiende a mostrar una mayor actividad con mayor involucración emocional, más expresiones de opinión emocionalmente coloreadas y más abiertas muestras de solidaridad y antagonismo al jugar papeles. La tensión contenida está prácticamente ausente y la actividad predominante es dar opinión (evaluación, análisis y expresión de sentimientos). El grupo tiene una configuración sociométrica de tipo integración, en la que los miembros establecen vínculos entre sí bajo la protección del líder oficial que cumple la función de facilitador intermediario.

Muchas de las emergencias de contenido afectivo entre los miembros, tienen un contenido no manifiesto relativo al modo de relación con la figura de poder que representa el líder oficial. Los miembros exteriorizan sus contenidos internos con un cierto alivio pues la afiliación les permite depositarlos masivamente, a veces sin elaborar, con oposicionismo, quebrando reglas o exigiendo derechos. El grupo trabaja en una relación dominante-dominado, donde convida al líder a ejercer la autoridad, al tiempo que con sus opiniones y antagonismos se opone a que la ejecute. Los roles que pueden jugarse predominantemente, son roles enracimados sobre el modelo psicósomático de defecador.

El tercer nivel es el de pertenencia o identificación con el grupo. Los miembros tienen una orientación muy positiva hacia el grupo con vivos deseos de pertenecer al mismo. Lo que predomina es la expansividad al efectuar elecciones y esperar recibirlas entre los miembros. Pueden expresarse abiertamente los temores y los deseos. Hay muchas muestras de tensión liberada así como de muestras de acuerdo. Prácticamente están ausentes las muestras de tensión o antagonismo. También hay una relativa ausencia de ofrecer sugerencias o intentos de asignación oscura de roles rechazables. Hay una configuración básica de circularización, donde pueden estructurarse vínculos entre los miembros del grupo sin el auxilio directo del líder oficial del cual el grupo puede liberarse un poco dejándolo en una posición de presencia acompañante. Aquí pueden surgir protagonistas portadores del sentir grupal, con propuestas creativas de cambio, que reciben el respaldo de los otros miembros, con gran resonancia afectiva.

En este nivel, el grupo tiende a reorganizar los valores y normas que habían sido quebrados en el nivel anterior. Con un alto grado de

intimidad, pueden comunicarse las fantasías, los devaneos y los planeamientos ligados a la exteriorización de deseos y a las acciones pertinentes para su realización. El clima grupal es suave, pero puede subir de tensión precediendo a las actuaciones pertinentes donde se libera. El líder puede ser solicitado en el papel de juez, para que ayude al grupo a decidir entre posiciones mutuamente excluyentes, frecuentemente entre el deber y el placer. Los roles que pueden jugarse con mayor grado de desarrollo son roles enricados sobre el modelo psicósomático de urinario.

El cuarto nivel es el de liderazgo múltiple por consenso o nivel de jerarquización. El grupo muestra una localización más clara de las funciones en el espacio y en el tiempo. Éstas resultan enriquecidas al poder ser jugadas desde distintos roles. Existe una sensación de direccionalidad en las actuaciones grupales. Cada función grupal es liderada por distintos miembros del grupo que han sido elegidos como líderes sociométricos objetivos con carácter situacional. El líder oficial del anterior nivel pasa a liderar sobre todo la función de orientar y promover. En el grupo se ofrecen opiniones y orientaciones, y hay muestras de antagonismo en las distintas situaciones, lo cual ayuda a encontrar el consenso pues las muestras de tensión están prácticamente ausentes. El grupo vive con pertinencia la actividad directiva del líder situacional elegido que se anima a potenciar de forma integradora las capacidades y potencialidades creativas de los miembros para una actividad dada.

La configuración básica del grupo en este nivel, es de jerarquización, pues los miembros logran establecer un status sociométrico elevado dentro del grupo, siendo objeto de numerosas elecciones. Esta jerarquización es dinámica, pues el liderazgo múltiple está basado en el grado de contención, aceptación, protección y apoyo que determinados individuos van a ofrecer al grupo en sus distintas funciones. La capacidad del grupo para llevar a cabo tareas se ve potenciada, lo mismo que la capacidad de los miembros para profundizar en el conocimiento objetivo de sí mismo. Los roles que se van a jugar predominantemente en este nivel, son roles potenciales, roles de nuevo desarrollo con una transformación psicodramática de sus entroncamientos con los distintos modelos psicósomáticos.

Los grupos que sociogenéticamente han alcanzado el cuarto nivel de jerarquización dinámica, pueden aún desarrollarse hacia niveles superiores de estructuración e integración. El

quinto nivel es el llamado nivel de compromiso de discusión lógico, donde existe una gran actividad de discusión y debate en un modo de interacción más intelectual que emocional, pues los subtonos de respuesta verbal emocional son disipados inmediatamente a través de comentarios sagaces que promueven la risa general compartida. El desarrollo intelectual y de la espontaneidad es elevado en los miembros de los grupos de este nivel.

La actividad grupal está relativamente ausente de ofrecer o pedir orientaciones, lo cual sugiere la existencia de una especie de acuerdo básico, tácitamente asumido, sobre una comprensión común de los propósitos generales del grupo. Este acuerdo tácito puede estar basado tanto en percepciones correctas como incorrectas, pero en cualquier caso la interacción del grupo se centra en la discusión de la viabilidad de aspectos específicos, dando por sentados aspectos más generales.

Al haber la posibilidad de que el entendimiento tácito de los propósitos, no esté correctamente basado, puede haber además de muestras claras de solidaridad, fuertes muestras de antagonismo, indicando esto en cualquier caso la rápida aceptación de la permisividad de la situación.

El sexto nivel de desarrollo sociogenético es el llamado nivel de interés centrado en la tarea. Como en el nivel anterior, se trata de una estructuración del sociogrupo factible cuando el psicogrupo ha alcanzado el cuarto nivel de liderazgo múltiple por consenso. Existe un alto grado de actividad en el grupo que se centra totalmente en la tarea con discrepancias que acaban rápidamente en acuerdos. Hay pocas muestras de tensión liberada, lo que sugiere que las respuestas de apoyo son pasivas en su naturaleza. Se piden y se dan sugerencias y orientaciones en un clima de atención a la tarea. Se privilegia lo progresivo y prospectivo de la tarea. Todo acontecimiento que ocurre en el grupo es un ensayo de lo que se realizará luego y afuera. Es posible elaborar proyectos. La información disponible se reelabora, se desmontan las pautas estereotipadas, y disminuye el miedo al cambio a través de la elaboración de la ansiedad que supone la pérdida de la creencia existente y el miedo a que la nueva creencia no sea aceptada. La pertinencia de las actuaciones grupales aumenta y la creatividad se potencia. Aumenta la heterogeneidad de los roles de los miembros así como la homogeneidad de la tarea.

El nivel más evolucionado que pueden alcanzar los grupos es el séptimo nivel o nivel de madurez experiencial. La edad y el status sociométrico

trico de los miembros juega un papel importante en el estilo de interacción. Las muestras de tensión o antagonismo están ausentes mientras que prevalecen las muestras de acuerdo. Se ofrecen sugerencias con un alto grado de empatía, lo que indica un alto grado de conocimiento de la situación real de los otros miembros. Estas sugerencias y muestras de apoyo tienen un tono emocional neutro.

La evolución sociogenética de los grupos a través de los distintos niveles tiene un carácter dinámico por lo que un grupo determinado puede situarse predominantemente en un determinado nivel pero presentar situacionalmente características del nivel precedente o subsiguiente mientras logra estabilizarse en su evolución. Asimismo pueden observarse saltos pseudo-evolutivos cuando un grupo trata de funcionar en un nivel muy superior al suyo real como respuesta a condiciones específicas del contexto social. Un análisis sociométrico exhaustivo descubrirá esta pseudo-evolución defensiva. Un claro ejemplo de esta maniobra, lo tenemos en los grupos terapéuticos que tratan de situarse en un pseudo-nivel de compromiso de discusión lógico cuando aún no han logrado la elaboración emocional de los niveles de pertenencia y jerarquización.

En sociodrama familiar, para describir y comparar familias, nos es de especial utilidad la conceptualización de los cuatro primeros niveles. Algunas familias estarán situadas en el nivel de pertenencia con una gran identificación objetiva entre sus miembros y una calidez especial en las relaciones, mientras que otras lo estarán en el nivel de interacción pasiva con mucha tensión contenida y una interacción basada en expresiones emocionalmente neutras. Aun otras podrán estar en el nivel de afiliación donde prevalecerán las relaciones rígidas y las funciones de dirección y control están claramente definidas. Tan sólo algunas familias, precisamente aquellas que no necesitan tratamiento sociodramático, estarán situadas en el nivel de liderazgo múltiple por consenso o niveles superiores.

Otro aspecto importante de la investigación, será el análisis de los niveles sociogenéticos de las familias de origen de la pareja parental, lo que puede hacerse en el contexto dramático, a fin de establecer en qué grado las perturbaciones sociométricas observadas pueden ser debidas al hecho de que dos individuos de diferente nivel sociogenético participen de la misma estructura sociodinámica. Interesa estudiar también cómo el empleo de determinadas técnicas sociodramáticas puede favorecer cambios en las

capacidades de relación interpersonal tales que aproximen al alza los niveles sociogenéticos de los miembros de la familia.

En el proceso de emparejamiento y matrimonio, tienden a elegirse entre sí personas de parecido nivel sociogenético, pero este proceso natural se puede distorsionar por una parte debido a la gran movilidad social de la sociedad post-industrial y por otra debido a que en la elección pueden influir fenómenos transferenciales o de tele patológico, sobre todo en aquellos individuos de salud mental precaria. Así, cuando los niveles sociogenéticos de la pareja parental son claramente diferentes, se establecerá en la familia un modelo inestable con oscilaciones en los modos de interacción de uno u otro nivel, lo que favorecerá la aparición de distintos subpsicogrupos alrededor de cada una de las figuras parentales.

El modelo sociogenético de paso de un nivel a otro pasa por dos tipos de procesos. Uno es el que se da en el intragrupo, a través del desarrollo completo del nivel en el que se encuentra el grupo en el que está inserto el individuo. El otro se da en la relación que el individuo establece con el exogrupo, con otros grupos que funcionan en un nivel superior y en los que el individuo trata de integrarse y aprender. En la situación artificial del grupo terapéutico sociodramático, los individuos se ven animados a integrarse en una situación grupal que trata de funcionar en un nivel algo más evolucionado sociogenéticamente que el suyo.

Para favorecer la evolución sociogenética del grupo, disponemos del contexto dramático para crear situaciones imaginarias de interacción que posean condiciones más favorables para la evolución de una fase a la siguiente tanto en el ciclo de tarea: orientación-evaluación-control, como en el ciclo socioemocional: acuerdo-relajamiento-solidaridad.

Podrán utilizarse en el caldeamiento juegos dramáticos cooperativos, en los que necesariamente primen los roles funcionales de progresión y mantenimiento en detrimento de los roles disfuncionales individuales. Podremos también utilizar juegos dramáticos que modifiquen la cultura grupal orientada por el procedimiento substituyéndola por una cultura orientada por el logro, centrada en la tarea, eficaz, reparadora en lugar de culpabilizadora. Además pueden emplearse juegos dramáticos de estructuración sociométrica situacional con diferentes criterios sociométricos que favorezcan la elevación del status sociométrico intragrupo de todos los miembros para al menos un criterio, y aumentar así la cohesión del grupo y su eficiencia.

Un grupo así saneado, está en condiciones de evolucionar normalmente.

El desarrollo completo de un nivel para poder pasar al siguiente, exige que se ejecuten por parte de los miembros unos roles mínimos indispensables, que deberán ser ofertados en las escenas del contexto dramático y a través de los señalamientos en el contexto grupal y asumidos por el coordinador en las situaciones de alta tensión contenida en que no puedan ser asumidos por algún miembro del grupo. Así en el nivel de interacción pasiva donde prima la orientación van a requerirse los roles de iniciador-contribuyente, de orientador, de pedir información, de dar opinión, éstos para la progresión, y para el mantenimiento, los roles de estimulador, regulador de comunicación y seguidor.

En el nivel de afiliación donde prima la evaluación de alternativas van a requerirse para la progresión los roles de elaborador, de sintetizador y de crítico-evaluador y para el mantenimiento los roles de conciliador y de transigente. En el nivel de pertenencia donde prima el control, van a requerirse además los roles de dinamizador, legislador, comentarista, etc. El coordinador puede ayudar a resolver los conflictos entre roles funcionalmente determinados, a desarrollar un determinado rol requerido mediante la estimulación de la espontaneidad y a cambiar los roles estereotipados mediante el análisis de los temores y deseos inconscientes.

Algunos fundamentos de la sociometría

MORENO recopila en un texto suyo algo complejo²⁴, las bases de la sociometría y sus desarrollos metodológicos. La sociometría está basada en el estudio de las relaciones *tele*. El *tele* es la más pequeña cantidad de afecto transmitida a distancia. Es el responsable de las elecciones y rechazos espontáneos en los grupos, según los diferentes criterios de elección. Tiene que ver con la capacidad para percibir correctamente la realidad de la otra persona y de uno mismo. Los fenómenos transferenciales son los aspectos patológicos del *tele*, donde el sujeto se relaciona con una figura fantástica proyectada sobre el otro, con la finalidad de mantener su cosmovisión defensiva y ficticia.

El *tele* tiene un aspecto connotativo y otro cognitivo. Su aspecto connotativo está en estrecha relación con el desarrollo del telencéfalo y la maduración de los sentidos visual y auditivo, lo que permite una organización diacrítica (de referencias temporo-espaciales) del sistema nervioso central, sobre la anterior organización cenestésica propia de la maduración del sistema límbico

co diencefálico en los dos primeros años de vida. Cuando este desarrollo se ve dificultado por motivos tanto orgánicos como debidos a desorganizaciones y falta de complementariedad en las matrices socio-familiares del niño, la organización diacrítica del SNC no logra adquirir el control suficiente de la experiencia sensible, por lo que las relaciones *tele* se ven distorsionadas por una dificultad en organizar temporo-espacialmente la realidad propia y la del otro. La organización cenestésica, normalmente silente en el adulto, aparece bruscamente en forma de tormenta emocional-visceral con su modelo todo o nada, pudiendo observarse entonces un modo de relación transferencial o de *tele* patológico. Sabemos que según aumenta la gravedad de los síntomas psicopatológicos, son mayores las alteraciones de la organización temporal y espacial de la experiencia de la realidad.

El ser humano se enfrenta a una tremenda paradoja, pues necesitando organizar temporo-espacialmente la experiencia de la realidad, puede alcanzar cosmovisiones rígidas y defensivas ante déficits estructurales, lo cual le impide coincidir mínimamente con las cosmovisiones de los otros con los que se relaciona, con la *realidad* de consenso del sistema cultural en el que le toca vivir. Es por ello que los métodos psicoterapéuticos eficaces tratan de lograr una reestructuración de la organización temporo-espacial de la experiencia de realidad. El método psicodramático trata de lograr este objetivo mediante reconstrucciones formales y objetivaciones en el contexto dramático.

El aspecto cognitivo del *tele* está en relación con el desarrollo en los niños del sentimiento de contactar con otras personas que han adquirido una capacidad análoga ante las elecciones interpersonales. Al final de los dos primeros años de vida, terminada ya la mielinización del sistema límbico, el niño comienza a establecer sus relaciones sociales a *distancia* utilizando para ello su capacidad *tele*.

Desde el punto de vista de la *capacidad de percepción tética*, existe para el individuo una zona de clara conciencia donde las elecciones y los rechazos son bien percibidos. Existe otra zona confusa cuyos errores perceptuales relativos a la actitud del compañero elegido, pueden corresponder a toda una variedad de relaciones interpersonales patológicas. Así, puede darse el caso de individuos que sean objeto de múltiples elecciones, pero cuyas elecciones carecen de eco. Casi no perciben el efecto que suscitan en aquellos que no han elegido pero les eligen.

Estos individuos suelen tener una percepción confusa (sobreevaluada compensatoriamente) de

los roles sociales asumidos por los sujetos a quienes eligen, a pesar de tener una gran motivación para desempeñar esos mismos roles sociales que tan mal perciben. Este fenómeno sociométrico sirvió de base para un trabajo de orientación vocacional-ocupacional con adolescentes a través de la exploración generacional³¹.

Cuanto mayor es la distancia (grado de proximidad-lejanía) que separa a un sujeto de otros en su común espacio social, hay mayor riesgo de que su evaluación de las relaciones con esos individuos y de sus relaciones mutuas, sea inexacta. Sabemos de la importancia que para la salud mental de un individuo tiene la confirmación por parte de los otros de su particular modo de ver la estructura de la relación en curso. MORENO da tanta importancia a la distancia afectiva existente en el átomo social del sujeto según va pasando por las diferentes matrices de identidad, que sugiere la probabilidad de que los hechos descubiertos por el test sociométrico perceptual y el test de acción, puedan servirnos para comprender mejor el origen de las ilusiones y alucinaciones del enfermo mental.

Los mensajes y señales que dirigen la conducta del psicótico o aquellos otros que recibe, pueden estar inspirados por telematrices o matrices de acción constituidas en la primera infancia. Algunos fenómenos sociodinámicos referentes a las distorsiones de la correlación sociométrica perceptual-objetiva en los grupos de esquizofrénicos crónicos, pudieron ser investigados por mí en un trabajo previo¹⁶.

Cuando se aplica el análisis fenomenológico de las motivaciones a la sociometría de un grupo social determinado, se pretende que una vez reconocidos los deseos de cada miembro (motivación de sus elecciones y rechazos) en relación a los diversos objetivos, los sujetos sean ayudados a reflexionar sobre sus acciones mediante la objetivación psicodramática, para que el método los impulse a alcanzar sus objetivos por sí mismos, desarrollando su propia estrategia de actuación espontánea. Más que probar una teoría ajena (metodológica), se trataría de que los miembros formularan una teoría de sus propias acciones en vías de realizarse (metódica). El análisis de los rechazos y el papel que éstos juegan en las distintas fases del cambio sociodinámico, introduce una complejidad enorme en los estudios sociométricos, ya que las motivaciones para el rechazo son más variadas que las de las atracciones.

El estudio del liderazgo oficial y el sociométricamente objetivo en los grupos y la posibilidad del método psicodramático de propiciar estructuraciones sociométricas de liderazgo con-

sensuado y múltiple, tiene un gran valor en sociodrama familiar. Se sabe que la actitud del líder oficial del sociogrupo, determina en parte las reacciones afectivas de los miembros. Existe una presión para que los miembros tomen hacia otros la misma actitud de rechazo o preferencia que toma el líder. De este modo el psicogrupo se va dividiendo paulatinamente en dos subpsicogrupos, cada uno de los cuales trata de dominar al otro. La minoría rechazada por el líder, se ve obligada a tomar una actitud defensiva, reactiva, estableciendo estrategias de intentos de dominación que incluyen la enfermedad física y/o mental.

El punto de vista sociométrico es progresivo y no regresivo. Las elecciones dentro del grupo, aquí y ahora, carecen de sentido revelado por el pasado del sujeto, sino que basadas en la espontaneidad no patológica (adecuación al contexto y creatividad), permiten presentir las relaciones personales que en el conjunto de sus conocimientos y desarrollo, mejor convienen a un sujeto. Sin embargo, la capacidad de adecuada percepción télica, tiene que desarrollarse paulatinamente. Será precisamente en la matriz familiar cuando la opinión de los adultos comienza a influir en las elecciones interpersonales que efectúa el niño. El proceso de discriminación para lograr una correcta percepción, tiende, en los grupos infantiles, a seguir el camino psicoorgánico: los niños intentan ajustar las opiniones recibidas a sus simpatías y antipatías espontáneas. Los códigos verbales (mitopoyéticos) y gestuales (miméticos) recibidos en la matriz familiar, tendrán una influencia decisiva en las limitaciones perceptivas del individuo, en su estilo particular de relacionar formas y contenidos, en su capacidad de percepción télica.

La teoría de la espontaneidad aplicada al sociodrama, nos enseña que el conflicto surge entre dos estados de espontaneidad diferentes, ya que el estado de espontaneidad de un individuo, responde al estado de espontaneidad del otro con el que interactúa. El síntoma *ansiedad* indica siempre una disminución de la espontaneidad. Cuando un miembro determinado de un grupo en constante transformación sociodinámica como es la familia, logra caldearse lo suficiente como para liberar su espontaneidad en una dirección creativa determinada, su ansiedad puede tomar dos direcciones: se manifiesta en los esfuerzos por librarse de una situación antigua insatisfactoria, o bien es experimentada como una fuerza exterior que le arranca de la situación antigua y le abandona sin sostén a la deriva.

Lo que aparece como terrible en esta situación de cambio, es la conmoción transitoria entre la situación que acaba de abandonar y a la que no puede retornar, y una situación nueva que a penas vislumbra y que debe alcanzar para su equilibrio y su seguridad. El modelo original de cambio, brindado originalmente por el rol psicósomático de respirador y desarrollado posteriormente en otras interacciones con el Yo-auxiliar primitivo (la madre), exige siempre para caldear y liberar la espontaneidad, el estrecho contacto con el estado espontáneo de otra persona que toma el rol de Yo-auxiliar hasta lograr un acto creativo.

El problema técnico que se plantea en sociodrama para lograr la liberación de la espontaneidad, reside en la dificultad para caldear a unas personas que mantienen unos prejuicios de reciprocidad muy grandes, que llevan presentándose ante sus parientes de una forma muy estereotipada durante mucho tiempo. Los roles suelen ser rígidos y sus formas rígidamente complementarias.

La liberación de la espontaneidad debe traducirse en sensaciones, percepciones, emociones o actos no experimentados hasta el momento. Existen toda una serie de índices de liberación afectiva de orden fisiológico, que surgen al entregarse a determinadas situaciones físicas, y que están ligados a una serie de emociones, percepciones e ideas. Es importante aprender a correlacionar estos movimientos expresivos. La cólera, la voluntad de dominio, el odio, son liberados por contracciones del músculo mase-tero, contracciones de los flexores de los dedos, movimientos oculares relámpago, fruncir las cejas, voz estridente y otros gestos violentos. La ansiedad, el miedo y la desesperanza son liberados por el jadeo, el temblor, la huida, la tensión facial, los gritos, etc. La excitación gozosa es liberada por la risa, el abrazo, etc. Los estudios de comunicación preverbal y paraverbal nos sirven no sólo para correlacionar los movimientos expresivos que definen el modo de relación en curso, con los contenidos que se comunican, sino también para diseñar métodos de caldeo de afuera hacia dentro en base a propuestas físicas como ya experimentamos en una investigación previa³².

Ahora bien, estos movimientos de expresión deben sucederse en un orden determinado que depende del desencadenamiento inicial. Cuando se interrumpe su normal progresión, destruyéndose el orden temporal, el estado afectivo que se libera es confuso. Así, en sociodrama familiar se utilizarán caldeamientos físicos precisos cuando se quiera facilitar la creación de un cli-

ma emocional determinado con el que comenzar a operar. La psicopatología estructural de cada miembro aconsejará caldeamientos orientados a las áreas atencionales de representación corporal, mental o ambiental. El conocimiento de la fórmula estructural del núcleo del Yo^{2,3} ayuda al psicodramatista a encontrar caldeamientos inespecíficos eficientes llevando la atención del sujeto hacia su área sobrevalorada o área de no-confusión atencional. Para caldear luego específicamente para un rol engarzado en racimo en el tronco del rol psicósomático deficientemente estructurado, podrá tratar de focalizar la atención intensamente en el área representacional (cuerpo, mente, ambiente) adyacente al rol psicósomático poroso, justo en aquella donde el Yo no haya establecido el mecanismo reparatorio sintomático.

Se puede citar como ejemplo el conocido efecto liberador de la espontaneidad que se produce trabajando psicodramáticamente con un sujeto afecto de ideación obsesiva, cuando después de un caldeo inespecífico ambiental (atención focalizada en área ambiente) se focaliza la atención intensamente en área cuerpo mediante la adopción de una postura de forzado equilibrio para el desempeño del rol familiar, social o psicodramático enracimado sobre el rol psicósomático de mingidor que presenta dificultades irresueltas en su desarrollo (roles relativos al control y adopción de decisiones para llevar a cabo acciones pertinentes para la realización de los propios deseos).

Otra ayuda que nos brinda el conocimiento de la fórmula psicopatológica estructural de los distintos miembros del grupo familiar, es conocer con qué miembros contamos cuando sea necesaria una determinada representación correcta (exenta de confusión) en una de las áreas de representación (mente, cuerpo, ambiente) y en caso de necesidad la función auxiliar que debe asumir el terapeuta en el área representacional donde todos los miembros tengan tendencia a la confusión. Como ejemplo tenemos un grupo familiar formado por sujetos con fórmula estructural de rol de defecador y sujetos con fórmula de rol de ingeridor (los primeros presentarán mecanismos depresivos o psicopáticos, y los segundos presentarán mecanismos fóbicos o histéricos).

En un grupo como éste podemos esperar ayuda de los sujetos ingeridores cuando el grupo necesita dar una explicación mental de la experiencia, así como tendremos ayuda de los sujetos defecadores cuando el grupo necesite sentir corporalmente emociones, pero sin embargo será el terapeuta el que deba ayudar al grupo en la

percepción de lo que sucede en el ambiente, ya que es precisamente este área ambiente la que tiene tendencia a la falta de discriminación atencional en ambos tipos de sujetos.

Desde el punto de vista de los fenómenos de interacción en un grupo pequeño, la sociometría nos dice que los estudios cuantitativos de las interrelaciones afectivas de los individuos pertenecientes a un mismo átomo social, nos permiten penetrar en el medio ambiente interpersonal que constituye el marco del desorden mental. Si se comparan cuantitativamente las actitudes socioemocionales de simpatía y de antipatía (miedo, cólera, dominación, envidia, depreciación) que un miembro del grupo familiar experimenta hacia sus parientes, y las que éstos experimentan hacia el sujeto (mediante los test de espontaneidad) se observa una tendencia hacia el equilibrio como característica del átomo social que permanece como tal sin cambios (sociostasis).

MORENO plantea la importancia del fenómeno observable de que los grupos cuya población pertenece a los dos sexos, tienen una estructura complementaria que se desarrolla progresivamente, y donde tiene una importancia capital la valoración fantástica que, en términos de poder, hacen los miembros de los principios masculino y femenino. El nivel de evolución sociogenético de un grupo social puede reconocerse por su diferenciación estructural, como ya se dijo en el anterior apartado. Existen determinadas estructuras de grupo que tienden a desintegrarse porque ciertos miembros empujan al grupo a funcionar en niveles menos diferenciados, menos evolucionados sociogenéticamente (estructuras menos diferenciadas que las que alcanzan en general grupos de la misma edad y cultura).

Alrededor del octavo año de vida, comienzan los grupos de niños a liberarse de la influencia de los adultos, a cuestionar con su capacidad lógica adquirida, los intentos de domesticación de los adultos. Será éste un momento crucial en el desarrollo de la matriz familiar, pues ha de encontrarse un nuevo equilibrio en la situación de pertenencia. Un primer grupo de niños permanecen más atados al grupo de adultos, bien sea por elección espontánea, o por elección influida por características neuróticas. Un segundo grupo permanecerá más vinculado al grupo de pares, bien sea de forma espontánea o psicopatológicamente. Pero existe un tercer grupo de niños que se sitúan en medio, tratando de vincularse con los adultos y con sus pares, pero sin pertenecer en realidad a ninguno de los dos grupos. Es así como comienzan a manifestarse numerosos casos de aislamiento esqui-

zoide o de personalidad impulsivo-agresiva. Finalmente, estos individuos aislados, preferirán los grupos con características menos diferenciadas, más infantiles, por su mayor facilidad para desarrollar su agresividad y su voluntad de dominio.

Ya manifestamos en otro lugar²⁶ la importancia de instrumentar terapéuticamente esta tendencia sociométrica de los individuos aislados (psicóticos, trastornos de la personalidad, etc.). Los intentos de un grupo de adultos de elevado status sociométrico tratando de influenciar a un grupo de aislados, tienen menos probabilidades de éxito que los intentos de generar una dinámica donde estos grupos puedan ser influenciados terapéuticamente por sus grupos de pares. Tanto MAXWELL JONES²⁷ con psicóticos, como R. KORN³³ con trastornos antisociales de la personalidad, han demostrado, empleando el método sociodramático, las mayores probabilidades de éxito al trabajar con los grupos de pares de los sociométricamente aislados.

MORENO estudia las características de la familia psicológica a partir sobre todo del conflicto y oposición entre el agrupamiento sexual de la pareja parental y el agrupamiento de padres e hijos. Son factores a evaluar, el reconocimiento de la consanguineidad, la experiencia psicológica de la paternidad incluido el deseo prenatal sobre el sexo de los hijos, el prestigio social de las funciones parentales, el sentimiento de lazos naturales, el sentimiento de libertad y propiedad individuales, el sentimiento de un espacio territorial propio, el sentimiento de propiedad, identidad y objetivos comunes, etc. Desde la perspectiva sociogenética, el nivel mínimo de estructuración sociométrica, por debajo del cual la tendencia al desequilibrio y la desestructuración es muy grande, es el nivel de pertenencia. Es en este nivel donde todo individuo puede lograr sus aspiraciones a una situación que le permita expresar espontáneamente sus deseos y temores.

MORENO define el *psicogrupo* como el núcleo psicológico del grupo familiar: «La continuidad en la existencia de un grupo de cohabitación depende del interés recíproco que tengan sus miembros. El éxito de un grupo de cohabitación depende del sostén que le acuerden una fracción de sus miembros. El único rasgo permanente e inseparable de toda estructura de grupo de cohabitación es una configuración de relaciones, un núcleo psicológico. A medida que aumenta la cantidad de miembros, resulta más importante delimitar este núcleo psicológico considerándolo en la continuidad de su existencia, midiendo su influencia sobre la conducta

de los miembros del grupo y revelando quiénes tienden a separarse en beneficio de relaciones exteriores».

La desaparición de algunos miembros del núcleo psicológico, puede dejar al grupo amenazado de desintegración. Este peligro sucede en mayor medida en tanto que las funciones del grupo se ejerzan rígidamente siempre desde el mismo rol, no enriqueciéndose la función del hecho de ser ejercida flexiblemente desde distintos roles según el contexto de la situación. Con la desaparición de un miembro por emancipación, separación o muerte, el resto del grupo no se encuentra entrenado para asumir la función que ejercía de forma forzada y exclusiva el miembro desaparecido.

Existen diferentes tipos de núcleos psicológicos o psicogrupos, que se diagnostican mediante métodos sociométricos. Así podemos tener una configuración *en cadena* centrada en el líder oficial, una configuración *en estrella* centrada en el líder oficial con pocas relaciones entre los miembros, un grupo centrado en otro miembro con el líder oficial relegado a su función sociogrupal de mantener el status socioeconómico del grupo y tratar de aumentarlo, etc. El líder del núcleo psicológico o psicogrupo, a veces es inconsciente de las limitaciones de su expansividad afectiva, volviéndose irascible cada vez que advierte su ineptitud para afrontar todas las exigencias afectivas de que es objeto. Su omnipotencia expansiva, le hace no tolerar bien elecciones no atendibles y rechazos no asumidos, entrando en situaciones de agresión-depresión. Cuando ataca, compromete al mismo tiempo sus relaciones con los *satélites* de quien ha sido objeto de su furor. Otras veces, el líder del psicogrupo, usa la política de *dejar hacer*, retirándose a su trabajo doméstico, confesando así su incapacidad para las relaciones tele dentro de una estructura sociométrica de pertenencia.

Un ejemplo de conflicto entre rol y función es el de los roles rechazados en funciones asumidas. Tomemos como ejemplo cuando la madre rechaza el rol conserva de cocinera pero se ve obligada a asumirlo debido al criterio del psicogrupo. El resultado será un rol poco desarrollado y mal jugado con el que será difícil complementar por parte de los otros miembros. La comida realizada y la manera de ofrecerla, será poco apetitosa, apareciendo en los otros un rechazo al vínculo alimentario con tendencia a la huida. Se tenderá a forzar o distorsionar con premios y castigos la función alimentaria. Esta tormenta emocional, llevará a la intensificación defensiva de vínculos con criterio de psicogrupo, con lo que se producirán alianzas excluyen-

tes con determinados miembros del grupo familiar. Este refuerzo defensivo de las formaciones psicogrupales interferirá con los objetivos del psicogrupo.

En una investigación¹⁶ con psicóticos crónicos, pudimos establecer algunas hipótesis acerca de los conflictos entre psicogrupo y sociogrupo en las familias en las que uno de sus miembros desarrolla esquizofrenia. Todas estas configuraciones sociométricas generadoras de conflictos y las maniobras defensivas correspondientes, son objetivadas junto con los participantes en el trabajo de sociodrama familiar.

Se sabe que desde etapas muy tempranas del desarrollo, los niños perciben el status sociométrico de las personas con las que se relacionan en sus grupos de pertenencia. Por ejemplo, si un niño de dos años de edad se encuentra en un grupo perteneciente al átomo social de uno de sus progenitores y no al del otro, percibirá por resonancia formal el status sociométrico mayor de ese progenitor y será a él a quien se dirija para lograr satisfacer sus necesidades y demandas en ese grupo (situaciones progresivas), mientras que se dirigirá al progenitor de menor status sociométrico para satisfacer necesidades que no tengan que ver con el grupo (situaciones regresivas).

Cuanto más introvertida sea la organización de un grupo (menos elecciones fuera del grupo), resulta más difícil que un recién llegado se adapte a él. El grupo y sus miembros se sienten muy diferentes de otros grupos. La organización del grupo tiene una influencia conservadora sobre la conducta de sus miembros. El tema de la exclusión es de capital importancia en sociometría. Las configuraciones pseudocohesivas o efecto *camarilla* donde se refuerza la mutua elección entre los sujetos más populares del grupo a expensas de una mayor exclusión de los aislados, son responsables de diversos fenómenos patológicos grupales. Esta circunstancia se observa cuando el grupo se ve obligado por el contexto social a aumentar su eficacia sociogrupal con urgencia, haciéndolo a expensas de los valores psicogrupales. Llegar a tolerar un cierto grado de exclusión en las relaciones triangulares o grupales verdaderas, sin que por ello se vea alterada la estructura básica del grupo, indica un alto grado de desarrollo sociogenético.

La exclusión arbitraria de algunos miembros del grupo, no conlleva necesariamente un efecto terapéutico, pues dependerá de los miembros que se separan y de la organización resultante. Sin embargo, ayudar a los grupos familiares en las separaciones impuestas por el ciclo vital, es parte de la tarea del sociodrama familiar. MO-

RENO señalaba el efecto terapéutico de separar a unas personas de otras de su átomo social y juntarlas con distintos miembros de la comunidad mediante su participación en nuevos grupos. Pero en cualquier caso la exclusión y el aislamiento deben y pueden ser evitados.

La sociometría de la pareja dará lugar a intervenciones terapéuticas dentro de lo que se llama sociodrama de pareja o bien como un sociodrama vincular dentro del encuadre más amplio de sociodrama familiar. Cuando se pretende evaluar y tratar un sistema de relaciones familiares, es frecuente hacer excesivo hincapié en la agrupación parento-filial, dejando en segundo plano el vínculo de la pareja parental entre sí. En un grupo realizado con varias parejas (sociodrama de pareja múltiple) dentro de un programa de prevención primaria en los servicios sociales municipales²⁸, trabajamos con los elementos pragmáticos de comunicación y relación interpersonal de la pareja. El método sociodramático ayuda a reflexionar sobre el emparejamiento como unión biológica y el matrimonio como unión social, objetivándose las motivaciones conscientes e inconscientes en la elección de pareja, así como los condicionantes de clase social, edad y relaciones en la red.

En sociodrama de pareja se objetivan los roles conyugales segregados y los conjuntos, así como el equilibrio existente entre ambos conjuntos de roles. En los átomos sociales de cada miembro deben existir roles que son complementados dentro de la pareja y otros que lo son fuera de ella. La sociodinámica de los roles conjuntos de la pareja, nos enseña que más allá de la psicopatología individual, la mayoría de las tensiones provienen del rechazo de uno de los miembros a complementar un determinado rol demandado por el otro, porque siente que ese otro rechaza a su vez complementarle en un rol en el que él hace la demanda. Como ejemplo puede citarse la situación en la que un miembro rechaza complementar el rol sexual mientras el otro continúa rechazando complementarle en otro de los roles conjuntos como el de educador de los hijos o el de amigo.

La solución a este tipo de problema se inspira en un fenómeno básico de los procesos de estructuración sociométrica. Cuando un sujeto rechaza elegir a otro en base a un determinado criterio sociométrico (complementar un determinado rol), y ese rechazo está basado en un proceso de tele patológico (una represión como ausencia axiológica de tesis o bien una negación como tesis opuesta en mera rebeldía), puede favorecerse la transformación del rechazo en elección si se crea una situación tal en la que el su-

jeto pueda elegir al otro en base a un criterio sociométrico diferente (complementar un rol distinto). El vínculo creado en este otro rol favorecerá el desarrollo de un tele positivo, favoreciéndose que cada uno perciba la situación real del otro, y funcionando como un proceso de caldeamiento inespecífico para los esquemas de roles de ambos participantes, lo que disminuirá sus acciones defensivas de alarma y permitirá eventualmente vincularse en otros roles, incluido aquel en el que surgía el primitivo rechazo.

Este fenómeno sociométrico inspira la técnica de sociodrama de pareja, haciendo que los protagonistas jueguen situaciones intermediarias en el contexto dramático eligiéndose e interactuando en diversos roles reales e imaginarios hasta que aparezcan signos psicofísicos de un suficiente caldeamiento para volver a la situación de vinculación en el rol problemático donde suelen producirse cambios en la estructuración sociométrica situacional así como desarrollos creativos de los roles.

En el abordaje de la problemática en el rol sexual de la pareja, se tiene en cuenta no sólo la fórmula estructural de cada uno, con sus particulares dificultades en mantener el foco atencional de forma dinámica en las áreas representacionales de cuerpo, mente y ambiente según los requerimientos de la situación, sino también las conductas de cortejo-conquista (modelo masculino) y de seducción (modelo femenino) que pueden haber sido establecidas de forma confusa ya desde el comienzo de la relación de pareja.

La pareja tiene una serie de dimensiones que deben ser evaluadas en términos de duración y redefinición de la relación estructural, del nivel de compromiso personal, de la valoración axiológica de la relación, de los modelos de participación por presiones externas o internas, del tiempo real dedicado a la relación y de la importancia que la pareja tenga para la red social. Al analizar los átomos sociales individuales y el nuevo átomo social conjunto a partir de la intersección de los primeros, observaremos la reestructuración de las relaciones con otros grupos, parejas orientadas hacia dentro y hacia fuera, roles complementados satisfactoriamente y roles insatisfechos dentro de la pareja, y la relación existente entre la estabilidad emocional y el consenso en las relaciones fuera de la pareja. Ya han sido citadas algunas configuraciones del núcleo psicológico que pueden generar conflicto. Añadiremos ahora la importancia de diagnosticar en qué medida una pareja tiene algunas de las características de la pareja narcisista, empastada o infantil.

Estas características son la limitación de las relaciones con otros, la limitación de la gratificación dentro de la pareja y la explotación de las ansiedades de soledad. Pueden darse diversas formas de pareja empastada: independiente-dependiente, huida de compromisos, parentofilia, de relación con figuras fantaseadas, de igualdad en espejo, etc.

Es importante analizar los pormenores del pacto o contrato vincular de la pareja. Entre los aspectos no sexuales están la voluntariedad, la exclusividad, la permanencia y la orientación al logro de metas. Otros aspectos del contrato pueden ser el establecimiento de reglas basadas en diferencias o en similitudes, la definición de la naturaleza de la relación, la presencia o ausencia de un proceso de toma de decisiones por consenso, el equilibrio entre los tipos tradicionales masculino (instrumental) y femenino (emocional), las extrañas formas de los vínculos a plazos, el uso de la posición inferior como táctica paradójica de poder, etc.

En el momento histórico-cultural actual es muy importante evaluar *in situ* los pactos de independencia total y su difícil compatibilidad con la maternidad-paternidad. En el contexto dramático se evalúan constantemente las incongruencias y contradicciones entre las formas relacionales y los contenidos en el pacto, desmascarando equilibrios patológicos donde uno de los miembros actúa de modo que se produzca en el otro una conducta que rechaza para sí mismo (por identificación proyectiva) consiguiendo así continuar justificando su ficción defensiva.

El trabajo terapéutico en sociodrama de pareja irá orientado al logro de vínculos complementarios en los distintos roles conjuntos. Se utilizarán los juegos de representación de las familias de origen de cada miembro, se empleará la comunicación con un tercero neutral a fin de relajar el campo, se tratará de desmascarar los pseudoroles que son aquellas pautas comunicacionales, actitudes e intereses aparentes que corresponden exclusivamente a exigencias del contexto social. El trabajo con los mitos familiares de origen y su posibilidad de transformación creativa, junto con la muestra de esquemas de interdependencia y la reflexión sobre formas concretas de interacción, ayudará a discriminar los intereses afectivos y los intereses sociales dentro de la pareja. El equilibrio en las elecciones y roles jugados dentro y fuera de la pareja, pondrá límites a la necesaria pertenencia. Las crisis de la pareja serán valoradas como un intento de cambio en las relaciones de poder.

Así los miembros de una pareja emocional-

mente satisfecha y estable, disfrutaban de buena salud estando juntos o separados, mantienen una comunicación franca, se gratifican sexualmente, participan en otras relaciones, desarrollan la relación espontáneamente conforme a la realidad de cada situación, con flexibilidad para introducir cambios y evitar roles demasiado rígidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. MORENO, J. L.: *Psicomúsica y sociodrama*. Editorial Hormé Paidós. Buenos Aires, 1977.
2. ROJAS-BERMÚDEZ, J. G.: *Núcleo del Yo*. Ed. Genitor. Buenos Aires, 1979.
3. MENEGAZZO, C.: *Magia, mito y psicodrama*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1981.
4. ROJAS-BERMÚDEZ, J. G.: *¿Qué es el psicodrama?* Ed. Celcius. Buenos Aires, 1984.
5. SAURI, MENEGAZZO, ZURETTI, NOSEDA DE BUSTOS y SEVERINO: *El psicodrama. Aportes a una teoría de los roles*. Ed. Proyecto Cínea. 1982.
6. MORENO, J. L.: *Das Stegreiftheater*. Ed. G. Kiepenheuer. Berlin, 1923.
7. MORENO, J. L.: *Interpersonal Therapy and the Psychopathology of interpersonal relations*. Sociometry 1, 9-70, 1937.
8. MORENO, J. L.: *Intermediate treatment of a matrimonial triangle*. Sociometry 1, 124-163, 1937.
9. MORENO, J. L.: *Sociometry and Cultural Order*. Beacon House, New York, 1943.
10. MORENO, J. L.: *Sociometry in relation to other social sciences*. Sociometry 1, 206-219, 1937.
11. MORENO, J. L.: *Psychodramatic treatment of Marriage Problems*. Sociometry 3: 1-23, 1940.
12. MORENO, J. L.: *Foundations of Sociometry*. Sociometry 4: 15-35, 1941.
13. MORENO, J. L. et als.: *Group Psychotherapy. A symposium*. Beacon House. New York, 1945.
14. MORENO, J. L.: *Interpersonal Therapy, Group Psychotherapy and the function of the unconscious*. Group Psychotherapy 7: 191-204, 1955.
15. DURKHEIM, E.: *Las reglas del método sociológico*. Ed. Akal, 1985.
16. ÁLVAREZ VALCARCE, P.: *Psicodrama y esquizofrenia crónica. Un estudio clínico y sociométrico*. Rev. A. E. N., vol. VIII, n.º 24, 1988.
17. PEIRCE, CH. S.: *Collected Papers*.
18. BACON: *Novum Organum* II, 360.
19. BERGSON, H.: *La evolución creadora*. Ed. Planeta, 1985.
20. ENGELS, F.: *Origen de la familia, la propiedad privada y el estado*. Ed. Latina. Bogotá, 1977.
21. MALINOWSKI, B.: *Magia, ciencia y religión*. Editorial Planeta, 1985; y MALINOWSKI, B.: *La sexualité et sa repression dans les sociétés primitives*. Ed. Petite Bibliothèque Payot. Paris, 1969.
22. MORIN, E.: *El método. Conocimiento del conocimiento*. Ed. Cátedra, 1983.
23. ELIAS, N.: *El proceso de la civilización. Investigaciones psicogenéticas y sociogenéticas*. Editorial F. C. E. Méjico.

24. MORENO, J. L.: *Fundamentos de la sociometría*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
25. BORGATTA, E. F. y COTTRELL, L. S.: *On the classification of groups*. En MORENO, J. L.: *Sociometry and the Science of Man*. Beacon House, 1956.
26. ÁLVAREZ VALCARCE, P.: *Sociometría y sociodrama en la relación de los contextos social y grupal*. IV Congreso de la A. E. P. Madrid, 1987.
27. *Más allá de la comunidad terapéutica. Aprendizaje social y psiquiatría social*. Ed. Genitor, Buenos Aires, 1970.
28. ÁLVAREZ VALCARCE, P.: *Seminario sobre integración de la pareja en términos de comunicación y estabilidad emocional*. Servicios Sociales de la J. M. de Ciudad Lineal. Madrid, 1989-90.
29. KRAUPL TAYLOR, F.: *Un análisis de la psicoterapia grupal*. Ed. Cepe. Buenos Aires, 1985.
30. ÁLVAREZ VALCARCE, P.: *Estructuración sociométrica situacional*. Taller.
31. ÁLVAREZ VALCARCE, P.: *Orientación vocacional ocupacional con adolescentes a través de la exploración generacional*. Servicios Sociales J. M. Ciudad Lineal, Madrid, 1990.
32. ÁLVAREZ VALCARCE, P.: *El psicodrama en la unidad de agudos del hospital psiquiátrico. Aspectos técnicos diferenciales*. Informaciones Psiquiátricas, n.º 95. 1.º trimestre 1984.
33. KORN, R.: *Of Crime, Criminal Justice and Corrections*. Univ. of San Francisco Law Review, vol. VI, oct. 1971.
34. ÁLVAREZ VALCARCE, P.: *Tratamiento con sociodrama familiar de un niño epiléptico con conductas*. Rev. A. E. N., n.º 13, 1985.
35. ÁLVAREZ VALCARCE, P.: *Sociodrama y psicopatología vincular del epiléptico*. Rev. A. E. N., n.º 16, 1986.

PSICODRAMA Y SOCIODRAMA. TEORÍA DE LA TÉCNICA. LAS TÉCNICAS DE SOCIODRAMA FAMILIAR

PABLO ÁLVAREZ VALCARCE

RESUMEN

Se exponen los métodos de diagnóstico en sociodrama familiar. El origen y mantenimiento de lo enfermo. La teoría del cambio, las metas terapéuticas y las técnicas de sociodrama familiar. Se exponen con diversos ejemplos clínicos, técnicas de caldeamiento, técnicas de concretización, técnicas para el cambio de estructuración sociométrica, técnicas para el cambio en la cosmovisión, técnicas de dramatización del síntoma, y técnicas de transformación y mejoría de la autoimagen familiar.

DIAGNÓSTICO

El conocimiento de aquellos aspectos del grupo familiar que ya han sido señalados en un artículo anterior¹ es fundamental a la hora de pensar en la familia que va a ser tratada. Habrá que ver en que medida la familia está estructurada o va estructurándose en alguno de los matices y sentidos descritos por la teoría sociométrica general.

Para ello, existen métodos diagnósticos en sociometría, que se realizan *in situ*, bien sea en el contexto dramático de la sesión o en el contexto sociofamiliar en la red, y que además de su valor de evaluación, tienen para los sujetos participantes un valor de dramatización demostrativa, objetivante.

Test de expansividad afectiva

La expansividad afectiva es la energía afectiva que permite a un sujeto retener con respec-

to a sí mismo el afecto de otros durante un tiempo determinado, con independencia del rol jugado. Importa diagnosticar el número de personas con las que cada miembro de la familia puede unirse afectivamente, y las necesidades a las que puede responder útilmente. El nacimiento de nuevos hijos, es una prueba de la capacidad de expansividad afectiva de los padres y hermanos. Los bruscos desinvertimientos de unos para tratar de alcanzar al recién llegado invistiéndolo masivamente, son una de las maniobras patológicas clásicas debidas a un déficit en la capacidad de expansividad afectiva. Las familias numerosas con hijos muy seguidos exigen de la madre y del padre una expansividad afectiva muy grande y por tanto difícil de alcanzar. Es más frecuente encontrar una madre o un padre que han sobreestimado su capacidad de expansividad afectiva al decidirse a tener descendencia.

El prejuicio de reciprocidad, estudiado por K. TAYLOR², va a ser la primera consecuencia patológica de una falta de límites en los deseos de expansividad afectiva, esperando el individuo que el otro miembro del grupo a quien elige, le corresponda devolviéndole la elección, sin preocuparse por establecer una vinculación real, objetiva, basada en criterios de elección verdaderamente sociométricos, es decir, que den lugar a una serie de acciones específicas entre roles complementarios con intercambio de compromiso y de afecto (situación vincular real). Es frecuente en el prejuicio de reciprocidad, que el individuo efectúe y espere recibir una elección según un *criterio para-sociométrico*, que son aquellos criterios de elección para un tipo de actividad vincular que en ese momento no pue-

de ser efectivamente llevada a cabo en la realidad y que más bien pertenecen a la fantasía grandiosa y narcisista del sujeto. El tipo de límites en la expansividad afectiva tiene una influencia directa en la organización de los grupos. Es por ello que en sociometría general se utilizan los test parental y familiar en la destinación inicial a los grupos.

Resulta útil comparar los resultados de la investigación de la expansividad afectiva, con la evaluación de la expansividad social, que tiene que ver con el número de personas con las que el sujeto está relacionado, sea o no capaz de retenerlos respecto a sí. Una consecuencia práctica de esta evaluación, es la posibilidad de realizar un aprendizaje por parte de los miembros de la familia. Se debe mostrar, mediante un análisis *in situ* del verdadero volumen de su expansividad afectiva, que si ésta se distribuye más ampliamente de lo que parecía dentro del grupo familiar propio, es porque estaba derrochándose en individuos y objetivos extraños a su tarea, a su rol. Así ocurre en las familias en las que el líder se ve forzado, por las reservas culturales del contexto social, a elegir fuera del grupo familiar no con criterio de sociogrupo, sino con energía afectiva propia de una situación psicogrupal, con la finalidad de aumentar la eficacia del objetivo sociogrupal (ascenso socioeconómico de los miembros de la familia). Esto sucede a expensas de difundir menos su expansividad afectiva dentro del propio psicogrupo familiar. En otros casos puede mostrarse en el contexto dramático, con la evidencia de lo irrefutable, que el miembro familiar en cuestión, distribuye su expansividad afectiva de modo mucho más reducida.

Test de frecuentación

Es complementario del anterior, para estudiar el volumen de la expansividad afectiva y el número y tipo de personas en quienes se aplica. Se evalúan la cantidad y calidad de los contactos sociales. Interesa saber qué personas son las más frecuentadas por cada miembro de la familia, y qué tipo de roles son jugados en cada encuentro. Los factores que influyen en la cantidad y calidad de la frecuentación, son la inteligencia y la diferenciación sociogenética del grupo considerado.

Elementos de organización del grupo familiar

Como en cualquier grupo natural, en las familias podemos encontrar grupos de posición

intravertida (más elecciones dentro del propio grupo) o de posición extravertida (más elecciones fuera del propio grupo). La relación entre el grado de introversión y extroversión de un grupo, va a establecer un determinado equilibrio en la relación organización-función. Una familia excesivamente extravertida, tendrá una menor efectividad en su tarea sociogrupal, una menor cohesión, unas funciones que presenten más errores en su ejecución.

Una familia excesivamente intravertida, hará que también los rechazos (tele negativo) se distribuyan dentro del grupo, por lo que aumentarán las fricciones y los conflictos. Las familias pueden mostrarse exteriormente agresivas o interiormente agresivas. Por ejemplo, cuando el líder formal del sociogrupo es rechazado afectivamente por los miembros del psicogrupo, se va a producir una regresión de nivel sociogenético, una disfunción de las tareas grupales, lo que en el caso de la familia va a suponer toda una serie de fracasos escolares, fracasos económicos y laborales, fracasos de integración social, fracasos en las necesarias integraciones, etc. Este mismo fenómeno puede observarse en sociodrama laboral institucional. Para evaluar la formación de los distintos subpsicogrupos, es importante evitar el empleo de criterios parasociométricos y realizar una investigación pragmática de los criterios de elección y sus motivaciones. El factor edad es otro elemento a tener en cuenta.

La relación entre roles y funciones es muy importante en sociodrama evaluativo. Las funciones son aquellas actuaciones o modos rituales de ser, que se han hecho necesarios en un grupo para el mantenimiento de su organización actual. Responden estas funciones a un nivel sociogenético determinado¹, y a unos intereses de sociogrupo muy precisos para cada cultura. El equilibrio es difícil de alcanzar, pues cuando una función determinada tiende a realizarse desde un solo rol de forma estereotipada, el valor creativo y adaptativo de la función disminuye, habiendo una menor influencia enriquecedora de los roles sobre las funciones. En el otro extremo, si una misma función puede ejercerse desde distintos roles, cabe la posibilidad de que en un momento dado recaigan sobre un mismo rol un gran número de funciones, con el consiguiente entrecruzamiento de intereses sociogrupales y psicogrupales y el inevitable conflicto y confusión.

Existirán funciones incompatibles dentro de los roles familiares. Los padres tendrán problemas para no confundir en cada momento los roles con los que se vinculan entre sí. Así, es fre-

cuenta observar en la pareja parental, como confunden en diversos grados y situaciones sus roles sexuales, de educadores, de amigos, de cohabitantes de un territorio común, de padres, de administradores económicos, de correligionarios, etc. El método psicodramático ayuda a muchas de estas parejas a darse cuenta de cómo «saltan a otros roles, sin haber logrado previamente un encuentro satisfactorio en la vinculación que estaban realizando desde unos roles concretos. Son clásicas las situaciones vinculares en los roles de amigos que se ven trastornadas por la irrupción brusca del rol de educador por parte de uno de los padres. El otro miembro de la pareja podrá ofrecer complementaria y flexible, siempre y cuando se haya obtenido previamente una complementariedad suficiente (encuentro) en el rol que se estaba jugando hasta ese momento, el rol de amigo. Lo mismo puede decirse de aquellas parejas parentales en las que durante los juegos de caldeoamiento para el rol sexual, se ven bruscamente interrumpidos por la presentación en uno de los dos, de otro rol que demanda ser complementado (económico, educador, etc.) bien como rol defensa o bien como rol que objetivamente sufre de una falta crónica de complementariedad específica. En el trabajo técnico en sociodrama y al tiempo que se explora este tipo de tensión sociodinámica, los miembros del grupo natural van aprendiendo la ley sociodinámica que dice que antes de poder pasar a un vínculo complementario en nuevos roles, deben ser satisfechas las necesidades de encuentro en los roles que han sido puestos en juego en primer lugar.

El grupo familiar puede organizarse en distintos niveles sociogénéticos¹. Una buena sociogénesis donde se logre alcanzar con frecuencia y dinamismo los niveles de pertenencia y liderazgo múltiple por consenso indican que esa familia logra brindar seguridad afectiva primaria, seguridad económica, satisfacción sexual normal y vinculación con la red social. La familia piramidal debe evolucionar hacia la familia consensual. Desde el punto de vista de los roles familiares, debe ayudarse a que éstos pasen por las etapas de tener o tomar el rol, aprenderlo, desempeñarlo y enriquecerlo creativamente. El rol de madre debe canalizar normalmente la calidad afectiva con el hijo, acompañándolo en su viaje desde la heteronomía hacia la autonomía. El rol de madre puede verse superpuesto por distintos roles patológicos tales como los roles hostil, impaciente, castigador, perfeccionista, hipercrítico, negligente, sobreprotector, etc. Otra distorsión la constituye el establecimiento

con los hijos de un vínculo a través de un rol compensatorio que trata inútilmente de ocultar un déficit en el rol de pareja.

El rol de padre implica la capacidad de transmitir a la pareja confianza, apoyo, compañerismo y seguridad afectiva a través de los cambios orgánicos que la maternidad conlleva. Así como el vínculo madre-hijo tiene características incorporativas, según el modelo psicossomático de ingeridor, el vínculo padre-hijo tiene características de conexión con él afuera, de exploración, de orientación a la acción, de autonomía. El padre debe llegar a constituirse como una continuidad del afuera anal propio del modelo de defecador, y ser una presencia regular y constante hacia donde el niño dirige sus esfuerzos para depositar sus creaciones siendo ayudado a elaborarlas, expresarlas y comunicarlas. El hijo necesita poder contar siempre con su padre. Para ello el padre debe ganarse el respeto, la estima y la admiración del hijo. Si el padre no logra pronunciar el *no* como ayuda a limitar el desorden en la elaboración creativa, y se convierte en un padre temido, el niño crecerá con temor a los demás e inseguridad de que sus creaciones vayan a ser bien recibidas. Roles patológicos que se superponen con el rol de padre son el rol de sobornador, el rol de rival, el sobre-exigente, el autoritario, etc. Puede también establecer vínculo con un rol compensatorio o simplemente estar *ausente* afectivamente.

Ambos madre y padre pueden tener con el hijo una relación de objeto narcisista sin respetar el propio narcisismo del hijo. Las diferencias entre el hijo deseado y el hijo real son a veces determinantes.

En el rol de hijo se van a dar distorsiones causadas fundamentalmente por sentimientos de inferioridad, bien debidos a inferioridades biológicas (déficits por trauma perinatal o hereditarios) o a un lugar desfavorable con respecto a otros hermanos (nacimientos muy seguidos, no ser deseado, ser esperado de otro sexo, llegar a compensar un hijo fallecido, etc.), lo cual va a exacerbar su voluntad de dominio con el desarrollo de roles patológicos de rivalidad, temor a la lucha, competición, abuso, sometimiento y ausencia de vínculos cooperativos.

Todos estos elementos del diagnóstico se nos harán claros como veremos a través del diagnóstico sistemático de la interacción en un grupo pequeño.

Otro de los elementos diagnósticos de la organización del grupo familiar es el índice de tiempo, con el que se mide la intensidad de las elecciones según el tiempo dedicado a la relación. Este aspecto cuantitativo resulta clásico en

la figura del padre *ausente* que dedica un tiempo mínimo a los vínculos familiares.

En la investigación del status sociométrico intragrupo de los miembros de la familia, puede darse el caso de que en los test sociométricos objetivos, dos individuos aparezcan con idéntico status sociométrico en los sociogramas. Será importante entonces evaluar en ambos el status sociométrico de los individuos que los eligen a los rechazan. Esto dará una visión estructural de las «redes de corriente psicológica influyente», los subpsicogrupos, así como de los elementos y vínculos claves sobre los que el trabajo sociodramático tendrá más posibilidades de propiciar cambios iniciales que por su posición en la red, difundirán más eficazmente al resto de la estructura.

Los átomos culturales

Debe evaluarse el esquema de roles de cada miembro, con especial atención a los roles psicodramáticos que cada individuo desea ver complementados más allá de su rol familiar siguiendo el impulso de su «hambre de transformación». La existencia de una gran número de roles potenciales que no puedan ser complementados dentro de la familia, harán que el individuo necesite tener excesivos roles segregados en detrimento de los conjuntos, lo que podrá ser mejor o peor admitido por el grupo familiar afectando a su cohesión.

El aspecto técnico de esta investigación, consiste en pedir al individuo que, en el contexto dramático, desarrolle la actitud espontánea manifestada, que responde a sus necesidades, en diversos roles, con diferentes complementariedades. Esta idea moreniana básica, ha tenido posteriormente muchas instrumentaciones con la forma de test de roles, test de imágenes, test de máscaras, etc.

Los criterios sociométricos que se emplean habitualmente para la investigación del átomo cultural perceptual, aunque pretendan ajustarse a criterios sociométricos de vida en común, trabajo, sexualidad, cultura, etc., muchas veces derivarán en criterios parasociométricos debido al desajuste entre átomos culturales objetivo y perceptual. Aquí, el permitir el empleo de criterios parasociométricos estaría indicado con fines diagnósticos.

Otro aspecto importante es la evaluación de los grupos de la colectividad con los que cada miembro de la familia ha tomado contacto, en lo que se llama *test de encuentro*. Esto ayudará a descubrir los roles potenciales del átomo cultural, las redes de corriente psicológica influyen-

te y los caminos de las identificaciones objetivas o identificaciones de rol con personas de la red social. Técnicamente es a veces más provechoso ayudar a desarrollar esas identificaciones objetivas con personas del exogrupo, que insistir en la resolución de las identificaciones subjetivas (transferenciales) con personas del intragrupo.

Los átomos sociales

Es importante conocer los átomos sociales de cada miembro de la familia y diagnosticar sus uniones, intersecciones y áreas de exclusión. Las relaciones emocionalmente significativas de cada miembro deben ser conocidas. Ya hemos señalado¹ la importancia que este diagnóstico tiene, para conocer el equilibrio existente entre las necesidades de pertenencia y cohesión y las necesidades de desarrollo individual.

Para conocer el átomo social hay que determinar la expansividad afectiva de cada individuo que creemos se halla relacionado emocionalmente con el individuo central del átomo social, considerado y según el mismo criterio adoptado. Debe calcularse también la expansividad afectiva del individuo central del átomo social en relación a diferentes criterios. Si los individuos del átomo social considerado muestran una gran expansividad afectiva, ese sujeto central del átomo está en relación con gente que a su vez tiene relación afectiva con mucha otra gente. Si, por el contrario, la expansividad afectiva de los miembros del átomo es débil, el sujeto central está respondiendo con mayor adecuación a las necesidades y demandas afectivas de los otros miembros del átomo social.

La construcción del átomo social como matriz socioemocional a base de elecciones correspondidas, presupone una situación de oferta afectiva permanente entre los miembros del átomo. Cuando el niño va construyendo su átomo social, necesita encontrar a sus padres allí donde verdaderamente les necesita como egos auxiliares complementarios. Una distorsión muy frecuente del átomo social, es aquella situación en la que el niño se ve obligado a encontrarse con sus padres allí donde ellos están, pues por una problemática narcisista esos padres carecen de flexibilidad para cambiar de locus y facilitar el encuentro con el hijo.

MORENO³ señaló ya la función sociofisiológica que cumplían los átomos social y cultural: «Existen tensiones internas resultantes de un desajuste estructural, que los órganos especiales tienen por función transformar en relaciones bien ajustadas, en los distintos individuos». Los

roles del átomo social y del átomo cultural funcionan como filtros sociales que tratan de ajustar y reducir las tensiones estructurales que se asientan en el sistema límbico debidas a dificultades y desajustes en las matrices de identidad durante el proceso de estructuración de los roles psicósomáticos en los tres primeros años de vida. La situación de vinculación complementaria, comprometida y afectiva que puede lograrse con los otros individuos del átomo social y cultural, efectúa un filtrado sociofisiológico, con una mejor decodificación de señales, menor desgaste fisiológico, y el pase a segundo plano de los roles patológicos asentados sobre la patología estructural de los núcleos psicósomáticos.

El estudio de las pautas de interacción en el grupo natural, dará una imagen clara de las oscilaciones sociogenéticas regresivas y progresivas. Veremos el estilo que cada familia tiene para avanzar desde las reacciones masivas e indiscriminadas propias del sincretismo grupal, hacia la emancipación progresiva de los individuos en relaciones triangulares o grupales verdaderas. Veremos también su regreso a las reacciones colectivas masivas en los momentos de crisis, por lo que ésta tiene valor diagnóstico además del valor de cambio ya mencionado.

Diagnóstico sistemático de la interacción en un grupo pequeño

A la hora de estudiar la interacción en un grupo pequeño como es la familia u otros grupos naturales con los que se trabaja en sociodrama, MORENO³ propone siete elementos de aproximación diagnóstica:

1. La matriz de encuentros a través del test de frecuentación.
2. La matriz sociométrica general, expresada en forma de sociogramas objetivos y perceptuales a través de los test sociométricos clásicos.
3. La matriz de motivaciones tanto por las elecciones como para los rechazos.
4. El estudio de las redes de corriente psicológica influyente y de otras redes en las que puedan participar los miembros. En este sentido, si la persona que rechaza al sujeto es elegida por personas centrales en la red de corriente psicológica influyente, el rechazo está determinado por esa corriente. Si no es así, el rechazo es sobre todo un asunto de tele negativo en la relación interpersonal.
5. Test de espontaneidad, para estudiar sus interacciones afectivas, sus vínculos, y las reacciones que se deban a experiencias pasadas, presentes o futuras. En el desarrollo técnico de este

diagnóstico vincular, se le pide al sujeto que elija y experimente, en el contexto dramático, una emoción básica (cólera, miedo, simpatía, dominio, etc.) con respecto a otro miembro concreto del pequeño grupo. Se le hace interactuar y se toma registro en vídeo. Se le pide entonces al miembro concreto que fue elegido para la interacción, que exprese mediante imágenes cual emoción despertó en él la conducta del sujeto inicial. Al explorar el campo de esta manera sistemática con todos los miembros del grupo, se efectúa una medición de la espontaneidad normal y patológica (según los ítems de adecuación de la respuesta, creatividad, originalidad y cualidad dramática del rol) en el intercambio de sus necesidades y demandas. De esta manera es posible construir la «matriz socio-emocional del grupo». Su construcción técnica se efectúa sobre un total de cuatro escenas, evaluando el número de escenas en las que el sujeto considerado elige cada emoción básica con respecto a los demás miembros, así como el número de escenas en que los otros miembros eligen cada emoción básica con respecto al sujeto considerado.

6. El test de situación explora los cambios dinámicos que sufre la matriz socio-emocional en situaciones diversas típicas del contexto social donde vive el grupo. Hemos desarrollado una instrumentación técnica llamada «Análisis de la Estructuración Sociométrica Situacional» en la cual se crea una situación tal que los miembros del grupo sientan presión para evitar asumir e intentar asignar un rol normalmente rechazado para la cultura del grupo. Suelen ponerse en evidencia las auto y hetero-designaciones, las alianzas, la estructura no manifiesta de la matriz socio-emocional y sobre todo el *locus* por donde podría empezar a cambiar esa matriz en base a insospechadas elecciones y rechazos. Debe efectuarse análisis factorial de las relaciones espacio-temporales, lazos, movimientos, actos, pausas, y cantidad de palabras y gestos, tanto en el comienzo como en la evolución y forma de terminación de las escenas.
7. Test del desempeño del rol, en el que se explora la matriz de roles del grupo, sus átomos culturales, la clasificación de roles (psicodramáticos, familiares, patológicos, sociales, etc.). Sobre los resultados de la matriz de roles, pueden instrumentarse diversos desarrollos terapéuticos orientados en su conjunto al descubrimiento por parte de los sujetos que los roles inicialmente aceptados o rechazados, no lo son tanto una vez puestos en situación. El test sociodramático de máscaras, como instrumentación técnica proyectiva de las identificaciones subjetivas en los vínculos, combina muy bien

con la matriz de roles en las intervenciones técnicas.

Otro elemento importante en el diagnóstico, es el empleo de imágenes de la estructura jerárquica del grupo según principios etológicos de territorialidad.

En todo este sistema diagnóstico prima siempre, en el método psicodramático, el análisis de la espontaneidad *in situ*. Por ello, para que el director pueda tener una idea perceptual muy aproximada de las matrices socio-emocionales situaciones, deberá discriminar claramente, en cada situación interpersonal, las dudas en desencadenar las escenas según con quién se interaccúe, el tiempo de reacción, la voluntad de diferenciar el comienzo, las dificultades y rodeos para concretizar un tema, el desempeño del rol (calor, resolución, titubeo, etc.), así como la iniciativa en terminar la interacción (tomará esa iniciativa quien tiene o pretende tener un mayor status sociométrico).

En el análisis cuantitativo del material verbal, el número de palabras en el primer *ataque* mostrando antagonismo, es mayor cuanto mayor sea el status sociométrico del sujeto. Otro fenómeno es el de los individuos aislados sociométricamente, que tenderán espontáneamente a buscar vinculación en situaciones de menor diferenciación sociogenética. Estas consideraciones tienen sus implicaciones técnicas ya que a través del Yo-auxiliar y el cambio de roles podemos revertir la situación del primer *ataque* antagónico, así como podemos diseñar juegos dramáticos correspondientes a niveles sociogenéticos inferiores o superiores donde espontáneamente se modificará el status sociométrico, aumentando el de los aislados y disminuyendo el de los líderes oficiales.

Todos estos elementos diagnósticos ayudan en cada momento a tener una imagen lo suficientemente objetiva de la multiplicidad de las interacciones ambicéntricas, de la estructura vincular del pequeño grupo familiar.

Resumen de evaluación diagnóstica en sociopatología y psicopatología vincular de la familia

- Disminución de las respuestas espontáneas.
- Conservas culturales o pautas de conducta transgeneracionales.
- Átomo social pseudo-cohesivo. Ausencia de vinculaciones con mutualidad, demostrable en los juegos dramáticos.
- Análisis de las motivaciones en las elecciones sociométricas.
- Análisis de la axiología grupal situacional.

- Análisis de los átomos culturales de los miembros con especial hincapié en los roles potenciales.
- Puesta en escena de los vínculos angulares y triangulares en los roles sociodramáticos.
- Distribución de roles y funciones.
- Estimación del nivel de percepción de experiencias de novedad y grado de cambio. Axiología grupal y pseudo-roles. Universo cerrado o abierto a la novedad.
- Transformaciones sociométricas ante acciones dramáticas evidentes.
- Axiología grupal y formación de sub-psicogrupos. Sociodinámica.
- Roles de mantenimiento y de progresión¹.
- Relaciones del sociogrupo con el contexto social. Redes psicológicas.
- Nivel sociogenético del grupo¹.
- Mantenimiento del status para-sociométrico.
- Placer o exigencia normativa en los juegos grupales.
- Relaciones de sometimiento con falta de discriminación de contenidos y compromiso desigual.

Todos estos aspectos de la evaluación deben realizarse en la práctica a partir del encuentro del psicodramatista con el grupo en el caldeamiento específico, para llevar a cabo imágenes, juegos dramáticos o dramatizaciones exploratorias. El psicodramatista debe poder crear, a partir de su pensamiento en escenas, toda una serie de juegos y dramatizaciones adecuadas a la sociodinámica del grupo, para explorar los conceptos señalados. Muchas de estas dramatizaciones exploratorias, si son bien conducidas, pueden llegar a tener un valor demostrativo para la familia favoreciendo el *insight* dramático y la catarsis de integración.

ORIGEN Y MANTENIMIENTO DE LO ENFERMO

- Diferencias entre la configuración social oficial y la configuración sociométrica objetiva.
- Diferencias en los niveles sociogenéticos de los miembros.
- Desequilibrio sociodinámico.
- Maniobras autocráticas del líder oficial, lo que impide la prevalencia de roles de tarea y mantenimiento y sobreenfatiza los roles individuales disfuncionales.
- Imagen familiar impregnada de conservas culturales de origen transgeneracional que fuerzan el sincretismo grupal e impiden las identificaciones objetivas.
- Ausencia de experiencias de *momento e integración*.
- Ausencia de mutualidad en los vínculos.

- Falta de desarrollo de los roles de padre y madre.
- Excesiva sensibilidad para el flujo polémico del tele a través de la red de corriente psicológica influyente.
- Existencia de roles estereotipados con procesos de caldeamiento patológico para los roles sintoma.

TEORÍA DEL CAMBIO

- Búsqueda de la catarsis de integración en la que el grupo integra vivencias, informaciones y elaboraciones sobre ejecuciones realizadas en la etapa de dramatización.
- Determinación de la emergencia del *momento*, contrastándolo con el instante precedente, estimando el grado de cambio y la experiencia de novedad.
- Determinación de los cambios necesarios para que una imagen o dramatización actual llegue a convertirse en una imagen o escena deseada proyectada al futuro.
- Confrontación de los miembros en el contexto dramático.
- El objeto del cambio son los vínculos mediante la estimulación de modos más satisfactorios de vinculación. Sentido progresivo.
- Cambio de las motivaciones que sustentan el actual status sociométrico.
- Novedad. Estimulación de la percepción de un cambio mínimo, señalando y esclareciendo lo inadvertido pero observable, con el valor de lo irrefutable y su impacto inmediato que tiene el fenómeno de *foco* en la dramatización.
- Estimulando la espontaneidad de un sujeto, queda éste con capacidad para *re-ponder* al cambio. Se puede destacar suficientemente un acontecimiento para ser focalizado cognitivamente como un *momento sui generis*.
- Para que el momento sea experimentado como *momento sui generis* o *momento con duración* o *momento fundante* de una nueva creencia, de un nuevo *valor puro* que sustenta un nuevo rol, se requiere:
 - a) Cambio en la situación *aquí y ahora*.
 - b) Cambio mínimo pero suficiente para que tenga experiencia de novedad (en la técnica se hará a través de la interpolación de resistencias y el manejo de la tensión de campo).
 - c) Percepción que implica *actividad* de parte del sujeto, un acto de estimulación para un estado espontáneo, un estado de *duda* real y viva que transforma la anterior *creencia* (a través de la instrumentación de la complementariedad con el Yo-auxiliar en la dramatización).
- Instrumentación de la técnica psicodramática por el director buscando una nueva reestructuración sociométrica.

METAS TERAPÉUTICAS

Modificación de los síntomas.

- Modificando pautas estereotipadas de conducta y estableciendo nuevas formas de comunicación.
- Mostrando dramáticamente que las dificultades son de todos.
- Realización del síntoma en el contexto dramático.
- Focalizando la acción en vínculos distintos a los establecidos desde el rol síntoma disfuncional.

Cambio del status sociométrico y de la matriz socio-emocional del grupo familiar. Cambio de la estructura sociodinámica.

- Logro de vínculos complementarios mutuales: plano de igualdad, prima el compartir, posibilita el desarrollo de potencialidades y el reconocimiento de límites.
- Reconstrucción de la imagen alegórica familiar conjunta, a partir de la objetivación de las imágenes individuales, las matrices de identidad originarias (abuelos), las imágenes transversales del pasado y su posterior transformación después de interacciones situacionales concretas.
- Objetivación y eliminación de los pseudo-roles, que son aquellas pautas comunicacionales, actitudes o intereses aparentes que sólo corresponden a las pautas sobre-exigidas por el contexto social.
- Fomentar e inducir la evolución sociogenética del grupo familiar hacia niveles de pertenencia, liderazgo múltiple por consenso y compromiso de discusión lógico a través de situaciones intermediarias en el contexto dramático en las que se utiliza paradójicamente la situación competitiva para lograr el desarrollo, pues la consigna de base siempre es formulada de tal modo que su significado latente sea: «Queda eliminado del juego aquel que repite la pauta estereotipada y regresiva de conducta».

Cambio en la cosmovisión

- Mostrando esquemas de interdependencia de actitudes en los roles jugados en los vínculos.
- Cambio en las reservas culturales del ecosistema cerrado, creando un nuevo universo abierto a través de la liberación de la espontaneidad y la creatividad.
- Evidenciando el origen y la falta de operatividad de las imágenes familiares míticas que han sido transmitidas como creencias irracionales.
- Una vez reconocidos los deseos de cada miembro (las motivaciones verdaderas de sus atracciones y rechazos) en relación a sus diversos objetivos, el método consiste en ayudarles a que reflexionen sobre sus acciones (objetivación psicodramática) de modo tal que lleguen a ser ca-

paces de alcanzar sus objetivos por sí mismos. Más que probar una teoría ajena, se trata de que los miembros formulen una teoría de sus propias acciones en tren de realizarse.

TÉCNICAS DE TERAPIA FAMILIAR SOCIODRAMÁTICA

A. Técnicas de caldeamiento a través de interacciones espontáneas.

A.1. Diálogo en situación: mostrará un material vincular del que se obtendrá un emergente. Puede darse espontáneamente en el contexto grupal.

A.2. Paso al escenario donde se desarrollará el vínculo en el contexto dramático. El director *iluminará el campo*, según la matriz de motivaciones, a través de los recursos para crear climas con el fin de hacer aparecer las contradicciones entre forma y contenido relativas a las tendencias aparentes de acercamiento o huida en el vínculo.

A.3. Consignación al Yo-auxiliar para que introduzca modificaciones en los roles complementarios que apelan a los cambios espontáneos de actitud para adaptarse a la nueva situación. En familias muy bloqueadas se hará a través de situaciones intermediarias.

B. Técnicas de concretización sobre la dificultad interpersonal que encubre el síntoma.

B.1. Repetición de la misma escena varias veces con modificaciones técnicas. Empleo de dobles, espejos, cambio de roles y soliloquios.

B.2. Multiplicación dramática del contenido vincular de la escena, a partir de los nuevos contenidos que van apareciendo en los soliloquios o en la dramatización. Nuevas escenas asociadas en las que la forma dramática de la dificultad interpersonal es variada.

B.3. Alargando el tiempo de la dramatización siempre que se logre un compromiso vincular nuevo. Estimular el desarrollo de las nuevas formas de comunicación que aparecen en estado *embriionario*.

B.4. Manejando las leyes de la proxémica en la puesta en escena puede inducirse a la comunicación entre miembros del grupo previamente in-comunicados.

B.5. La dificultad interpersonal predominante, va a tender a ser reproducida en la relación de la familia con los terapeutas. Esta identificación subjetiva o transferencial es complementada aparentemente al principio tanto por el director en el contexto grupal como por el Yo-auxiliar en el contexto dramático, para ir introduciendo posteriormente y poco a poco modificaciones formales en los papeles asumidos, a través de la técnica de

interpolación de resistencias, con el fin de lograr identificaciones objetivas o de rol. La propia relación entre el director y el Yo-auxiliar servirá de espejo en el que se mira la familia, tal y como ocurre en toda situación de coterapia.

Ejemplo 1

La familia de Juan Miguel consulta por la escalada de enfrentamientos agresivos de éste con su madre. Ramón, el padre, suele estar ausente entre semana por motivos de trabajo. Existe gran rivalidad con Román, el hermano pequeño. Julia, la madre, trabaja fuera de casa y se siente superada por la situación.

En las dramatizaciones iniciales aparecen escenas donde los hermanos compiten por dormir con la madre ante la ausencia del padre. Aparecen tendencias de acercamiento donde parecía haber huida en el vínculo madre-hijo. La madre presenta una escena de dificultad en la comunicación con sus suegros que al ser repetida, concretiza la relación infantil de su marido con su suegra.

En las multiplicaciones dramáticas, aparece la dificultad de la madre para el juego mutuo con el hijo, así como las tendencias perfeccionistas y sobre-exigentes. Al alargar el tiempo de dramatización en una escena intermediaria entre el padre y el hijo en la que compiten por el liderazgo de un equipo de fútbol, aparece con claridad la fantasía de eliminar al padre («como no vienes a todos los partidos, podías largarte a otro equipo y no volver más»). Puede establecerse un juego nuevo de *peleas* con el padre.

El padre puede tomar conciencia de su tendencia a descalificar al hijo y así aumentar la rivalidad. La madre puede ir tomando conciencia de su dificultad para separarse del hijo y permitirle que se equivoque y aprenda.

Se concretiza también el conflicto de roles entre profesora y madre. El padre comienza a estar más presente. El equipo de terapeutas va modificando la inicial complementariedad competitiva que establece la familia. El conflicto se desplaza al vínculo-padre en una lucha desigual por mantener el sentido de tener una personalidad.

El trabajo de un sueño de Juan Miguel utilizando títeres como objetos intermediarios, pone en evidencia para los padres los conflictos que su hijo está pasando con el desarrollo de su sexualidad y de lo que no puede comunicar abiertamente. Si pueden recordar juntos una escena en la que tras leer «el libro rojo del cole», le dijo a su madre: «tú también has hecho eso» y cómo desde entonces se agravó la dificultad interpersonal.

En otras escenas los padres pueden hablar delante de los hijos de sus dificultades en su desarrollo personal. Juan Miguel se muestra muy interesado en comunicar con su madre sobre la escena en la que ésta se enfadó mucho con unos niños que se colgaban de las cortinas en la casa donde se hallaba su padre recién muerto en accidente cuando ella contaba diez años.

El hijo pequeño, Román, queda desenmascarado en sus actitudes regresivas de seductor con actitudes femeninas, siguiendo el deseo oculto de la madre que deseaba una niña durante su embarazo.

Alargando el tiempo de la dramatización en una escena de confrontación madre-hijo, pueden aceptar los desacuerdos y mostrarse más independientes.

La madre mejora de su sintomatología distímica y llega a comentar en un soliloquio: «Ahora voy a ser yo la que voy a pasar de todo». Juan Miguel abandona sus formas insultantes y las cambia por comunicaciones más adultas tales como dar y pedir opinión, propias del nivel de pertenencia que va alcanzando la familia.

Al multiplicar dramáticamente una escena de pelea entre hermanos surge otra escena en la que el padre está estimulándoles a que se peleen en clara actitud dominadora de líder oficial. Su liderazgo es cuestionado y surge una escena fraterna de compartir como subpsicogrupo de nuevo cuño ajeno a la corriente de influencia del padre como líder oficial ausente y pseudo-mutual.

Este desenmascaramiento de la cosmovisión persecutoria del padre y su progresivo desmontaje como conserva cultural irracional, permite un mayor nivel de encuentro y una mejor aceptación de las dificultades de Juan Miguel inherentes a su desarrollo (déficit en el rol de contactador y en el de ingeridor, nacimiento por cesárea, destete brusco, déficit en el modelo de defecador con dificultad para sentirse aceptado, hiperquinesis con déficit de atención, etc.).

Juan Miguel puede demandar abiertamente más contacto físico con los padres. En una escena donde la madre se pone muy agitada con sintomatología ansiosa, Juan Miguel puede por primera vez jugar el rol de consolar a su madre.

Por primera vez en mucho tiempo, la madre se permite hacer un viaje profesional de cierta duración y separarse de la familia. Curiosamente este hecho permite una mejoría importante en los síntomas de Juan Miguel y sesiones con gran espontaneidad en la interacción del padre y los hijos.

Otro cambio que se logra es que los niños duerman en habitaciones separadas, así como

una relajación en el perfeccionismo de la madre.

Juan Miguel puede comunicar a sus padres las dificultades con un compañero del colegio con el que mantiene una gran rivalidad.

La familia puede establecer su propia teoría sobre sus interacciones, evaluar los cambios habidos y dar por terminada la intervención terapéutica.

C. Técnicas para el cambio de estructuración sociométrica.

C.1. Diferenciación de intereses de psicogrupo y sociogrupo.

C.1.1. Hacer dramatizar a los distintos subpsicogrupos en diferentes contextos.

C.1.2. Animar el desarrollo de los roles potenciales, mostrando como cada miembro aporta sólo el conjunto de roles con los que se vincula y entrama al sociogrupo y que hacen a la convivencia. Cuanto mayor sea la cantidad de estos roles en relación a los que dispone, mayor será la entrega y dependencia al mismo con carácter psicogrupal.

C.1.3. Las dramatizaciones demostrativas sobre el conflicto de intereses del psicogrupo y del sociogrupo, facilitan el desarrollo sociogénico hacia el nivel de pertenencia.

C.1.4. Incluir en las sesiones a personas situadas en lugares centrales de la red de corriente psicológica influyente.

C.1.5. Transformación de las conservas culturales míticas, mediante la demostración de su pérdida de funcionalidad en la situación actual. Esto se logra sometiendo una y otra vez a la conserva cultural a los más variados y creativos procesos de caldeamiento específico. Es muy útil la realización de juegos dramáticos diseñados de tal forma que sólo resulten satisfactorios y progresen si se toma la actitud contraria a la prescrita por la conserva cultural (juegos de conocimiento, juegos de afirmación, juegos de confianza, juegos de comunicación, juegos de cooperación, juegos de resolución de conflictos, juegos de distensión, etc.). Tras esta etapa de caldeamiento en la que el grupo ha variado necesariamente su estructuración sociométrica logrando experiencias grupales vivenciales novedosas, se trata de intentar pasar sin solución de continuidad a la dramatización de la conserva cultural que se verá transformada *in situ* con creaciones originales y adecuadas al contexto en la medida en que hayan podido aprender nuevas formas en los juegos de caldeamiento.

Ejemplo 2

En una familia en la que existía una conserva cultural formulada como la exigencia de que cada uno se hiciera cargo de determinada fun-

ción de forma exclusiva y rígida, se logró que cooperaran en tareas tales como recoger los juguetes de los niños, poner la mesa, ayudar entre todos a resolver una dificultad de un miembro y en general flexibilizar las funciones y los roles, después de que lograran disfrutar con un juego de cooperación consistente en agarrar entre todos un círculo de cuerda con varios diámetros de cuyo centro pende una cuerda con un bolígrafo y tratar de cooperar para lograr introducir el bolígrafo por el cuello de una botella. En los comentarios posteriores al cambio quedó en evidencia cómo la conserva cultural protegía en exceso los intereses del sociogrupo en detrimento de los del psicogrupo ahora revalorizados.

C.1.6. Facilitar, dentro del psicogrupo, el desarrollo de roles y vínculos que venían desempeñándose con criterio de sociogrupo en posición extravertida (elecciones fuera del propio grupo). Para ello hay que poner en escena los vínculos que se establecen con personas de fuera del grupo familiar en los que esté desplazado el criterio psicogrupal que se le está escamoteando al psicogrupo familiar. Esta técnica es muy útil cuando uno de los miembros juega en casa el papel de *ogro* mientras que fuera de casa se muestra *encantador*.

C.1.7. Mejora de la discriminación y percepción del status sociométrico intragrupo con eliminación de criterios para-sociométricos que sustentan pseudo-roles y de los sub-psicogrupos pseudo-cohesivos.

Esto puede hacerse a través de la objetivación de imágenes alegóricas de la situación jerárquica en un grupo de animales que construye cada miembro. El sujeto que tenía una fantasía de previsión exagerada con respecto a su status podrá objetivar en que lugar le tienden a colocar los demás y por qué motivo.

El manejo del espacio en la puesta en escena facilita la discriminación del status sociométrico objetivo. También la separación instrumental del grupo familiar en protagonistas que dramatizan y auditorio que observa ayuda en el ajuste del status.

Los señalamientos y constructos cognitivos del Yo-auxiliar durante la dramatización y del director en los comentarios, ayudan a reconocer el verdadero status.

Los juegos dramáticos en campo relajado permiten acciones pertinentes con las que mejorar situacionalmente el propio status sociométrico. Los juegos en campo tenso, permiten percibir las catastróficas consecuencias que para el propio status tienen las actuaciones no pertinentes así como la posibilidad de mejorar el status a través de actuaciones *heroicas* con voluntad de comunidad.

C.1.8. Propuestas de formas dramáticas que alargan la interacción hasta límites desacostumbrados.

Se busca la interacción placentera en campo relajado para facilitar el *encuentro*.

C.1.9. Técnicas de espejo y psicovideodrama para mostrar interacciones y respuestas disfuncionales evidentes de los sub-psicogrupos.

C.2. *Cuestionar el status sociométrico oficial y evidenciar el status sociométrico objetivo.*

C.2.1. Realización de la historia sociodramática del grupo familiar por cada uno de sus miembros. La sucesión de imágenes creadas pondrá en evidencia un proceso longitudinal diacrónico o historia del sociogrupo, donde el equilibrio se va modificando en función de la variación de las relaciones de poder dentro del mismo.

C.2.2. Técnica de «la varita mágica para convertir al otro en un perro a voluntad». Esta técnica de situación intermediaria fantástica consiste en brindarle al miembro de un vínculo que posee un status oficial menor, la posibilidad de convertir al superior en perro en cualquier momento de la escena y poder volver a convertirlo en humano cuando lo necesite. Puede realizarse con la persona real o con el Yo-auxiliar. Suelen ponerse en evidencia los modos vinculares latentes, las demandas de complementariedad específica y las proyecciones de sentimientos agresivos así como la dinámica de la voluntad de dominio neurótica al servicio del reforzamiento de la sensación de personalidad.

Ejemplo 3

En una escena en la que el hijo de 8 años está jugando a los coches en el suelo del parque mientras su padre lee el periódico, el niño molesta al padre con sus juegos y cuando el padre reacciona autoritariamente es convertido en perro por la varita mágica del niño. Entonces el padre se lanza al suelo convertido en perro y puede acceder a la demanda de juego que formula el hijo. Pronto aparece un rol de perro invasivo e indisciplinado (el contrarol oculto defendido y habitualmente proyectado en el hijo), lo que hace que el niño convierta al padre en humano para librarse de la invasión. Esta escena tuvo el efecto para el niño de aceptación de límites en su demanda continua de atención, de una forma similar a la relatada por MORENO con su hijo Juanito⁴ en el cambio de roles que efectuó para resolver una escena en la que Juanito le invadía con sus gritos impidiéndole hablar por teléfono. El padre pudo tomar conciencia de la demanda de juego compartido «a nivel de suelo» que hacía su hijo, así como de la relación existente entre la molestia que le producían las formas bruscas de su hijo con sus propias tendencias impulsivas habitualmente reprimidas.

midas, y liberadas en la escena bajo la forma del *perro*.

En otra familia, cuando la esposa transformó en perro al esposo en la escena, quedó en evidencia de forma exagerada su defensa de *niña mimada* y su intolerancia a la frustración propinándole puntapiés al *perro* cada vez que éste no accedía a su demanda.

C.2.3. Inducir una crisis mediante la movilización afectiva y el compromiso total del individuo, para romper los estereotipos y rigideces del comportamiento, a través de la catarsis de integración. El miembro que protagoniza la crisis inducida logra descubrir un nuevo equilibrio consigo mismo y con los demás ubicándose en la posición sociométrica que objetivamente le corresponde.

C.2.4. Elección de un agente terapéutico a partir de la correspondencia mutua y de las necesidades mutuas de satisfacción para establecer un tele terapéutico.

Ejemplo 4

En una familia que consulta por un trastorno explosivo intermitente con consumo de alcohol en el padre, la desconfianza de éste y el mecanismo de aislamiento fueron superados a través de fomentar las escenas de comunicación con el hijo mayor que demostró ser un agente terapéutico muy espontáneo capaz de encontrar en las diferentes escenas la satisfacción mutua con el padre en base a la identificación de rol en actividades típicamente masculinas.

En otra familia con una madre que presentaba un trastorno narcisista con síntomas depresivos, el hijo de doce años pudo satisfacer a la madre en distintas escenas al tiempo que podía señalarle el conflicto latente: «Papá y tú no os conocéis» «Tú tienes algo dentro que no lo puedes sacar», «Cuando no logras salirte con la tuya, te enfadas».

C.2.5. Traslado de una posición de inadaptación a una posición que promete beneficiarlo dentro del propio grupo. Puede hacerse a partir de la objetivación de las atracciones y rechazos emitidos y recibidos. Se cuestionan así los supuestos beneficios del liderazgo oficial donde el sujeto es rechazado y se le permite experimentar las elecciones de que es objeto cuando cambia para tratar de ser objetivamente atrayente.

Ejemplo 5

En una familia que consulta por un trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo en el padre a raíz del embarazo no deseado de la hija de 19 años en una

relación con un amigo de la familia, pronto se evidencian los mecanismos de culpa y desplazamiento que provocaron el trastorno ante la severa mirada de la madre como líder oficial. Ésta se encuentra tan decepcionada con la hija que en su enfrentamiento impide que se lleve al bebé a la guardería así como se niega a cuidarlo mientras su hija continúa los estudios y trabaja. A partir de una escena en la que la madre declara su obsesión por los problemas económicos del sociogrupo y recibe el apoyo espontáneo de los otros hijos trabajadores, puede comentar: «A veces soy como el perro del hortelano que ni come ni deja comer». El padre puede recibir la alianza de la hija y el hermano en una escena desculpabilizadora y recuperar así parte de su status sociométrico perdido. La madre cede parte de su liderazgo oficial y se produce el reencuentro con la hija.

C.2.6. Técnicas de objetivación de la estructuración sociométrica *in situ* para interacciones concretas. Construcción de imágenes individuales y de consenso sobre relaciones jerárquicas, modelos perceptivos, auto y heterodesignaciones y elecciones espontáneas, así como roles rechazados y asumidos ante los intentos de asignación.

Se emplean imágenes y juegos dramáticos inspirados en conceptos etológicos de *territorialidad*. Puede pedirse a la familia que cada miembro coloque a los demás y a sí mismo en los tres palos de un gallinero imaginario donde las gallinas de arriba pican a las de abajo. También puede pedirse que asignen un animal a cada miembro y los coloquen repartiéndose un territorio natural en el escenario. Esto se pide tras una interacción típicamente estereotipada de la familia.

Esta técnica tiene buenos efectos sobre la aceptación del propio status sociométrico objetivo y el reconocimiento del de los otros.

Ejemplo 6

Una paciente con un trastorno hipocondríaco pudo comprobar con la «técnica de los palos del gallinero» como se percibía a sí misma con un status bajo mientras que los demás la colocaban siempre en el palo de arriba. Esta constatación le facilitó la recuperación del vínculo con una hermana mayor que había cumplido funciones de madre durante su infancia y disfrutar de las elecciones recibidas mientras continuaba su proceso de separación y emancipación de la familia.

Un niño de 13 años con oposicionismo y disconductas colocó en el *territorio* a su abuelo-gato, su padre-delfín, su madre-perro, su hermano-lince, su hermana-ardilla, y a sí mismo-pantera. En la dramatización se puso en evi-

dencia el carácter ausente del padre-delfín, el rechazo emitido y la voluntad de dominio de la madre-perro, las tácticas de poder del hermano-lince, las técnicas seductoras de la hermana-ardilla, el liderazgo sociométrico objetivo de la abuela-gato y el trasfondo fóbico de él mismo-pantera.

Un paciente de 20 años con depresión mayor y varios intentos de suicidio que se encuentra totalmente sometido a un padre alcohólico caracterial con el que no existe comunicación y muy dependiente de la madre, toma conciencia, en un juego de estructuración sociométrica situacional, del buen nivel de comunicación que su hermano sí tiene con el padre. Puede aliarse con el hermano y convertirlo en portavoz de las necesidades del psicogrupo con respecto al necesario cambio en el padre. En lugar de mostrar su desacuerdo con retraimiento depresivo, logra en las escenas apoyar al hermano en su confrontación con el padre, para finalmente poder realizar escenas de comunicación con el padre en las que se alarga el tiempo de dramatización. El padre que se siente atacado es apoyado por el director que está permitiendo el ataque. Dentro de este apoyo se le receta un complejo vitamínico B ante una demanda por sus síntomas de neuritis periférica, con lo que simbólicamente queda designado también como paciente problema. La sintomatología depresiva del hijo disminuye y es posible reducir la medicación. En una última entrevista padre e hijo pueden verbalizar la desaparición del miedo en su relación y la madre llega a decir: «Doctor, han cambiado totalmente las relaciones, hace veinte años que mi casa no estaba así».

El padre pues, abandonó su forzado liderazgo oficial basado en el miedo, para recuperar un normal status sociométrico objetivo basado en la comunicación espontánea con los otros miembros. La gravedad de la crisis suicida funcionó como motor del cambio en la estructura.

C.2.7. Instrumentación de un Yo-auxiliar como polo motor de la unidad funcional, que pueda absorber los deseos del protagonista en cada escena, lograr la unidad, operar en su beneficio, sin hacerse idéntico a él (logro de una identificación objetiva o de rol).

C.2.8. Confrontación en el campo relajado que supone el contexto dramático, donde el compromiso social disminuye para aumentar el compromiso de rol.

C.2.9. Operar sobre la red de corriente psicológica influyente, modificándola cuando el sujeto que rechaza al protagonista es elegido por personas centrales de la red, o instrumentándola favorablemente en caso contrario.

Ejemplo 7

En el caso del niño con oposicionismo y conductas ya citado en el ejemplo 6, se instrumentó favorablemente la red ya que la abuela materna se mostraba crítica con su hija, siendo ésta rechazante con respecto al niño. En una escena con la abuela, la madre y el niño, pudo objetivarse como la madre recibía como ataque cualquier comunicación espontánea del niño, respondiendo defensivamente y entrando en el círculo de la agresión. Posteriormente, la abuela y la madre pudieron comunicar, delante del niño, acerca de la tendencia a la autosuficiencia en la madre, el *enamoramiento* de su padre, la rivalidad con su hermana, su tendencia al control y otros aspectos de la vida infanto-juvenil de la madre.

Veamos ahora el caso de una mujer de 48 años que presentaba un cuadro de psicosis atípica con antecedentes de psicosis puerperal. Entre los antecedentes inmediatos a la crisis había un accidente por inmersión que provocó amenorrea, un intento de desarrollo de un rol laboral muy estresante y la muerte en su domicilio de su suegra a la que hizo de enfermera en una enfermedad terminal. Tiene tres hijos y entre las ideas delirantes presenta un delirio de embarazo. Otras ideas delirantes: «Estoy embrujada. La bruja es la suegra de mi hermano», «Tengo que morder. No me han salido los dientes todavía», «Cuando trabajaba me he reído de todos, me he reído de Dios».

En el tratamiento familiar se instrumenta positivamente la relación con un cuñado con el que mantiene un tele positivo. Pronto queda en evidencia la relación fusional de la paciente con su madre y los trastornos de rechazo sociométrico ambivalente que tienen como origen el tremendo rechazo que suscitó su primer embarazo de soltera en la intrincada red familiar de su origen. La suegra de su hermano (la bruja en el sistema delirante) aparece en las escenas como el nudo central emisor de la corriente psicológica influyente. En este sentido es tratado el problema con la participación del hermano y la cuñada en una escena muy emotiva donde éstos pueden elegir a la paciente y rechazar a la suegra, cortando así la red de corriente psicológica influyente.

Las dificultades en el rol de madre son trabajadas en base a desmontar la identificación subjetiva con su propia madre y el rechazo brutal que recibió de su padre autoritario en su primer embarazo (que acabó en psicosis puerperal). Curiosamente, el padre pertenecía al clan familiar de la poderosa suegra del hermano (la

bruja»). En una escena en la que se trabaja una idea delirante persecutoria referente a «una sombra negra que me sigue, un hombre con un cuchillo» se produce un fenómeno de *shock* psicodramático y de catarsis alucinatoria como los descritos en otro trabajo anterior⁵. En esta escena la paciente entra en un súbito estado de gran angustia y bruscamente abandona el contexto dramático donde se relacionaba con su *perseguidor*, para lanzarse hacia el contexto grupal, arrojarse delante de su familia y presa de gran excitación rogarles que dejen de lastimarse con su rechazo, que derribaran el muro de desaprobación, en una especie de ataque de cordura dentro de la paulatina salida de su brote psicótico. La escena acabó en un abrazo muy emotivo y contactador con varios miembros de su familia, que entonces sí pudieron comprender el alcance y la fuerza destructiva de la red de corriente psicológica influyente.

A raíz de esta escena mejora rápidamente la sintomatología delirante que más de un mes de medicación neuroléptica incisiva no había logrado sino atenuar. A la semana siguiente se muestra muy crítica con su sistema delirante y puede autoexplicarse su brote: «Yo cargué con todo lo de mi suegra», «Mi marido pega a los niños y yo sufro», «Quería trabajar fuera de casa», «Mi cuñada y su madre hablaron muy mal de mí cuando me quedé embarazada de soltera», «En mi familia hay mucho lío con el dinero y los préstamos», «Mi padre siempre fue muy autoritario y represor».

C.3. *Técnicas para el aprendizaje del compromiso en la complementariedad de roles.*

C.3.1. Manejo de conflictos dramáticos entre protagonista y antagonista y resolución de cada unidad de acción dramática mediante el cambio de objetivo del protagonista o la conversión del antagonista en un denteragonista.

C.3.2. Realizar sesiones dedicadas íntegramente al caldeamiento del grupo familiar en base a juegos de complementariedad de gestos, posturas y actitudes, juegos para el desarrollo de la complementariedad lingüística y la escucha activa y juegos de reflejo de imágenes corporales.

C.3.2.1. Se coloca a dos miembros de la familia frente a frente. Uno de ellos realiza sucesivamente una serie de gestos, posturas y actitudes que el otro tiene que complementar de forma refleja.

C.3.2.2. Por parejas, uno de los miembros dice una serie de palabras durante 30 segundos y a continuación el otro tiene un minuto para contar una historia coherente que incluya todas las palabras propuestas.

C.3.2.3. Por parejas y por tríos. Uno de los miembros presenta imágenes posturales que reflejen algo de su forma de ser. Él/los otro/s tienen que complementarlas de forma refleja. Se hace cambio de roles y al final se comenta en qué medida se conocieron más aspectos del otro y si se sintieron complementados.

Estos juegos deben repetirse siempre que se quiera crear un clima de buena disposición y conocimiento mutuo para fomentar la complementariedad en mayor tensión de campo.

C.3.3. Poner en evidencia la conformación de la estructura sociométrica de átomo social a través de la puesta en escena de los vínculos lineales, angulares y triangulares y la interdependencia de las conductas de los miembros en la transformación de unos vínculos en otros y su mantenimiento.

Ejemplo 8

Un joven de 20 años que presenta un trastorno paranoide leve a raíz del consumo de drogas. En el trabajo con el vínculo lineal simbiótico con la madre y al realizar la historia sociodramática del vínculo, aparece que durante el embarazo del paciente, su padre tuvo un delirio celotípico alcohólico negando la paternidad del paciente. Pudo evidenciarse con claridad cómo esa tensión vincular había impedido un buen proceso de triangulación e identificación. La inseguridad de su posición sociométrica en el átomo social era determinante para sus reacciones paranoides en el contexto social con su grupo de pares. Resulta curioso cómo al mejorar la sintomatología en el paciente, se descompensa el vínculo de la pareja parental, apareciendo de nuevo síntomas persecutorios en el padre el cual accede a ser tratado con neurolépticos, para mejorar posteriormente la relación padre-hijo.

C.3.4. Utilización de la técnica de construcción de imágenes para que cada miembro pueda objetivar las imágenes familiares desde distintos puntos de vista y obtener simultáneamente múltiples impresiones que hasta entonces se hallaban disociadas por ser percibidas de forma sucesiva.

C.3.5. El Yo-auxiliar en su manejo técnico de la función de guía y agente terapéutico, representa la duda, la alternativa. Demostración dramática de la interdependencia de las conductas complementarias a través de la técnica de interpolación de resistencias y del cambio de roles. Transformación de la creencia a través de la duda pragmática.

Ejemplo 9

En el caso del niño con oposicionismo y conductas ya citado en los ejemplos 6 y 7, el Yo-

auxiliar interpoló una resistencia desde el papel de padre dominante, dejándose ganar por el hijo. El padre situado en el auditorio, pudo darse cuenta de cómo el hijo aprovechaba la interpolación para pedir simplemente una mayor presencia y participación del padre en sus juegos e intereses. En una escena de comida familiar donde se efectúan cambios de roles, queda en evidencia cómo una incipiente discusión entre los padres es soslayada a través de una alianza coyuntural para descargar la tensión contra el hijo exigiéndole una conducta alimentaria determinada.

C.3.6. Puesta en relación demostrativa de la influencia mutua de los distintos contextos dramático, grupal y social como limitadores de la conducta de los individuos.

C.3.7. Análisis dramático comparativo de las relaciones de rol a sí mismo psicológico, donde existe sensación de compromiso de la totalidad de la personalidad (tomarse las cosas como si le fuera la vida en ello), sensación de sometimiento y falta de discriminación de contenidos.

C.3.8. Señalar en la etapa de comentarios las formas de interacción familiar que se repiten con distintos contenidos. Análisis de las incoherencias entre forma y contenido.

Ejemplo 10

En el caso de trastorno explosivo intermitente ya citado en el ejemplo 4, pudo evidenciarse en diferentes escenas con diferentes roles una forma de interacción familiar que se repetía: la madre se hacía cargo de todo sin poder delegar, el paciente nunca expresaba sus necesidades afectivas, las hijas optaban por las soluciones pasivas sin comprometerse, se *cotilleaba* a espaldas de los demás (esto se trató con la técnica *de espaldas*), siempre prevalecían las tareas sociogrupales sobre el compartir psicogrupal.

C.3.9. Manejo técnico de los conflictos entre dos estados de espontaneidad diferentes pero interdependientes. Los sentimientos de A por B y de B por A configuran un movimiento total, no son estados duraderos, sino procesos dinámicos. Por ejemplo, el odio de A por B se transforma en pánico, cuando la envidia de B por A se transforma en crisis de rabia poseído por el deseo de dominar a A.

Ejemplo 11

En el caso del niño con oposicionismo y conductas citado en los ejemplos 6, 7 y 9 se dramatizó una escena en la que el niño en el papel de madre le cuenta una historia de terror a la

madre en el papel de niño. Cuenta una historia de despedazamiento, canibalismo, donde no se encuentra protección, se bebe sangre, no se encuentra cuchillo con el que defenderse y aparece un hacha o sierra que corta los cuerpos. Cuando se recambian los roles y la madre desde su propio papel cuenta una historia de terror, el niño no se caldea pues dice que en esa historia falta que «los malos se rían envidiosamente cuando atacan por venganza». En los comentarios la madre puede asociar que cuando ella se enfada y ataca a los niños, pone cara de cinica (con ironía y sarcasmo como si sintiera envidia por la libertad de sus hijos), «es como si me diera un ataque de rabia», «ellos dicen que se me pone cara de bruja».

C.3.10. Transformación de las nociones subjetivas individuales en nociones subjetivas de grupo, a través de la concretización psicodramática. Los estados afectivos tales como la cólera, el miedo o la amistad, o ciertos estados más complejos como la reflexión, la convicción o la curiosidad, constituyen realidades parciales. Forman parte de un todo, de una realidad más vasta, de los átomos sociales. Nociones subjetivas individuales como la cólera o el miedo, integradas en átomos sociales, se convierten en nociones subjetivas de grupo. Así aparece la armonía cuando dos están espontáneamente de acuerdo, emociones de oposición cuando hay desacuerdo, emociones frustradas cuando una emoción fuerte choca con la indiferencia, y emociones perdidas cuando el sujeto que es su objeto las ignora.

C.3.11. Evidenciar las áreas de no intercesión de los átomos sociales y culturales de cada miembro de la familia. Las elecciones afectivas fuera del grupo y los roles que sólo pueden ser complementados fuera del grupo, si son excesivos, disminuyen la pertenencia y la cohesión, mientras que si son escasos, impiden la maduración y desarrollo de las funciones yóicas de los miembros, sobre todo si los vínculos intragrupo son además de excesivos, del tipo de rol a sí mismo psicológico.

Ejemplo 12

Un joven de 22 años que sufre de impotencia y eyaculación precoz es hijo único de una madre viuda. En las escenas con la madre pronto aparece la culpa que siente el joven si se atreve a elegir fuera del núcleo familiar y puede resolverse el vínculo compensatorio establecido entre ambos. La madre puede tratar su duelo retrasado y establecer nuevos vínculos en un grupo de mujeres de los servicios sociales, mientras el hijo puede separarse y crear una vinculación objetiva con su novia, desprovista de aspectos transferenciales.

C.3.12. Poner en evidencia las dificultades para establecer vínculos triangulares, como resultante del natural conflicto entre el agrupamiento sexual y el agrupamiento parenteral dentro de la familia.

Ejemplo 13

Es el caso de Manolo, un joven de 25 años de edad, que fue adoptado a la edad de 6 años, no presentando alteraciones hasta su primer brote esquizofrénico con 20 años en la mili. En el tratamiento familiar pronto se pasan a dramatizar escenas de conflicto de la pareja parental. Cuanto más abierto es el conflicto en el contexto dramático y más puede centrarse la sesión en que los padres hablen de su propia historia, tanto más asintomático se muestra Manolo. Poco a poco, ayudado por la medicación neuroléptica, la estructura de la escena familiar va centrándose en los problemas de la madre que también comienza a tomar medicación y Manolo puede hacer una demanda manifiesta al padre en el sentido de que intervenga ayudándole a separarse de la madre, que tome su papel en la pareja, que ponga límites a la madre, que triángule con él.

C.3.13. objetivar el núcleo psicológico o subpsicogrupo de pertenencia, delimitándolo en la continuidad de su existencia, midiendo su influencia y revelando quienes tienen tendencia a la separación en los vínculos, ya que la continuidad del grupo de relación depende de esa configuración de relaciones. Aparecerán distintas formas en los sociogramas: cadena centrada en el líder oficial, estrella centrada en el líder sociométrico, centrado en otro miembro con el líder oficial relegado a su función de proveedor, etc.

Ejemplo 14

En el caso de un paciente de 23 años que presenta un trastorno narcisista de la personalidad con ligera sintomatología referencial persecutoria, aparece la posición de excluido del subpsicogrupo formado por la madre y el hermano menor por el que siente envidia. En una de las escenas sin embargo se crea una alianza entre los hermanos contra la rigidez del padre. El paciente puede tomar conciencia de su excesiva dependencia de las elecciones tele positivas que espera recibir del subpsicogrupo que presenta una configuración introvertida con rechazos. Puede realizar una escena en la que elige fuera del grupo familiar y tomar conciencia de su tendencia a la separación. Su autoimagen grandiosa narcisista y las correspondientes imágenes parentales idealizadas, pueden entenderse enton-

ces como resultantes de una narcisización insuficiente en una posición psicogrupal débil por la prevalencia de criterios sociogrupales de elección en un grupo familiar centrado en la madre con una fuerte presión por las expectativas de ascenso socio-económico del sociogrupo. La intervención sociodramática posibilita la reducción de la sintomatología referencial a una sintomatología interaccional y por tanto más objetiva y concretizable.

En otro caso de una joven de 17 años que presenta una psicosis reactiva breve, se dramatiza la discusión abierta entre los padres por quién es el que manda. Se hace con la *técnica del volcán* donde los dos contendientes tienen cada uno 30 segundos para discutir gritándole al otro todo lo que tienen en su contra, para recibir la andanada del otro en los siguientes 30 segundos y volver a comenzar el ciclo. El resto de la familia permanece en el auditorio en el rol de jurado para decidir quien fue el vencedor. Además del mero valor catártico de esta técnica, se favorece la explicitación de las alianzas subpsicogrupales. La paciente y el padre forman un subpsicogrupo aliado contra la abuela materna, y la madre y la hermana forman otro, aliado contra la abuela paterna. La dramatización del vínculo del padre con su propia madre y otras escenas donde el padre es protagonista, va haciendo aparecer a éste como afectado por un trastorno de personalidad mixto compulsivo y paranoide, con tal ausencia de amigos y un único rol laboral. Cuando la medicación va reduciendo los síntomas delirantes, la paciente logra jugar una escena en la que confronta al padre y logra desprenderse de ese forzado subpsicogrupo, acercándose a la hermana y a la madre.

C.3.14. Objetivar y promover la aceptación de límites en la expansividad afectiva. El líder, inconsciente de sus limitaciones en este sentido, se vuelve irascible cada vez que advierte su ineptitud para enfrentar todas las exigencias afectivas de que es objeto, pero se resiste a permitir una reorientación de las exigencias afectivas de los miembros, por temor a perder el liderazgo. Otras veces el líder usa la política de *dejar hacer* limitándose a su trabajo doméstico y confesando así su incapacidad.

Ejemplo 15

En una familia que consulta por la sintomatología depresivo-ansiosa de la madre y las rabietas de los hijos, se dramatiza una escena en la que la madre se queja de tenerse que hacer cargo de todo. Las técnicas de cambio de roles e interpolación de resistencias pronto ayudan a la madre a comprender cómo su expansividad

afectiva sin límites está impidiendo justamente lo que demanda: que los hijos puedan elegir más la relación con el padre y así permitir a éste entrar en la relación cambiando su situación de periférico en la medida en que ella puede cambiar su forzada centralidad.

C.3.15. Concretización dramática en el futuro, de las demandas de cambio hechas al otro, para mostrar la interdependencia de los roles complementarios.

Ejemplo 16

En un tratamiento de sociodrama de pareja, la mujer presenta una imagen vincular de futuro en la que espera ser totalmente sostenida por el hombre incluso en posiciones totalmente forzadas. Se concretiza el vínculo a través de una técnica de psicodanza donde al comienzo la mujer se ensimisma y rechaza el encuentro, para luego ir a buscar al varón cuando éste, frustrado, se retira. Finalmente puede lograr un abrazo de encuentro. En los comentarios, la mujer dice que el encuentro amoroso le desata fantasías de separación depresivas. Se queja de no poder depositar en su pareja, pero toma conciencia de la culpa por su oposicionismo, por su no dejarse hacer. El varón comenta su tendencia a no entrar justo cuando el otro más le pide que entre y su temor a las mujeres mandonas como su madre.

C.3.16. Mostrar la interinfluencia de los cambios y los conflictos de roles en los distintos subpsicogrupos o agrupamientos afectivos (conyugal, paterno-filial, materno-filial, fraterno, etc.).

Ejemplo 17

Una familia consulta por trastornos en varios de sus miembros. El padre padece un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo con explosiones agresivas y los dos hijos pequeños adolescentes padecen trastorno depresivo. Aparecen dos subpsicogrupos enfrentados muy agresivamente. Por un lado la abuela materna, la madre y la hija mayor, y por otro lado el padre con los pequeños. En una escena donde se aplica cambio de roles sucesivos pasando todos por todos los roles, se les pide al final que repitan la escena ahora cada uno en su rol, pero intentando comportarse de cualquier manera distinta de la que emplearon en la escena original. Esta situación de crear una interacción imaginaria después de haber pasado por los roles de los demás, facilitó una escena donde las dos hermanas previamente enfrentadas a muerte, logra-

ron dar salida a su latente tendencia al encuentro presentando una escena muy creativa donde se interesaban mutuamente por sus estudios y actividades, haciendo oídos sordos a las maniobras de los líderes de sus respectivos subpsicogrupos por enfrentarlas de nuevo. Esta sesión fue determinante para el cambio de la estructuración sociométrica.

C.3.17. Insistir en la reciprocidad de las conductas y en la responsabilidad de todos en el mantenimiento o desintegración del núcleo psicológico, produciendo una situación de campo relajado en el contexto dramático, donde disminuya el compromiso social (lo cual facilita la expresión de alternativas) para aumentar el compromiso de rol (lo cual favorece la complementariedad y la estabilidad en el vínculo).

C.3.18. Analizar dramáticamente si la extraversión excesiva es a base de elegir vínculos con personajes ya muertos o imaginados fuera ya de la familia que son inconscientemente proyectados sobre personas ajenas al núcleo psicogrupal.

D. Técnicas para el cambio en la cosmovisión.

D.1. Búsqueda de la catarsis axiológica como desarrollo final de la catarsis intelectual y emocional. Con su logro aparecen nuevas creencias que reequilibran el incómodo estado de duda inducido por la técnica. Aparecen nuevos valores, generalmente influidos por la voluntad de comunidad, que sustentan nuevos roles o desarrollos de roles ya existentes, y esto ocurre en alguno de los miembros, lo cual tiende a transformar los vínculos.

D.2. Manejo de la teoría y la técnica del axiodrama por parte del director, que ejerce su función de analista social en la etapa de comentarios y señala con nuevos constructos cognitivos los intentos que la familia hace para desarrollar nuevas potencialidades. En el axiodrama lo esencial del valor es «el hecho de ser requerido» por la estructura, el ser la demanda intrínseca del campo. El *insight* dramático es la percepción de esa demanda, de ese *debería* en una situación de contexto. El director debe ser capaz de iluminar el campo de tal manera que la estructura formal demande, requiera del sujeto un acto fundante como exigencia de resolución. La creación es una neogénesis que actualiza esencias transespaciales desde lo virtual y posible. El valor es la relación entre el sujeto y el objeto que lo valoriza. Importa el carácter *momentáneo* de la toma de posición axiológica y el poder rescatar a la percepción, la sensación y el pensamiento, esa primera impresión espontánea contradicha por la conserva cultural. El análisis pragmático, de las actitudes motriz-afectivas, de los intereses con forma de acercamiento o huida, y en definitiva de la intencionalidad de los suje-

tos, esclarece los sistemas de valores existentes y facilita la adquisición de nuevos valores.

Ejemplo 18

En el caso ya citado en el ejemplo 7 de una mujer que presentaba una psicosis atípica con historia de psicosis puerperal, ésta pudo rechazar los valores de la suegra a la que se había visto obligada a cuidar:

«Era egoísta, en una ocasión me echó de casa. Quería que la gente se casara por dinero en vez de por amor».

Pudo conciliar los valores de la maternidad con el desarrollo de un nuevo rol extrafamiliar de administradora de la APA del colegio de sus hijos, y poco a poco ir cambiando la cosmovisión fóbica-paranoide.

D.3. Contrastación permanente de constructos cognitivos lógicos e imágenes analógicas en la investigación longitudinal de las matrices de identidad familiar de los padres. Es clásica ya la mejoría que experimenta la familia que consulta por el problema de un hijo, cuando las escenas se centran en la exploración de las familias de origen de los padres. Cuando los padres dejan de hablar siempre del hijo-problema y comienzan a hablar de sí mismos como hijos-problema.

D.4. Al trabajar con las técnicas del método psicodramático, se objetiva la diferencia entre lo que el grupo dice que ve en la realidad y lo que realmente ve. La realidad, en el transcurso de la sesión, empieza a perfilarse como relativa al significado que se le atribuye desde la relación *yo-tú*, como necesitada de la confirmación del otro.

D.5. Dramatización de escenas fantásticas donde el grupo familiar se encuentre vinculado según otros criterios sociométricos (p. ej. un grupo de tarea). Se analizaron los roles sociogrupales de locomoción: información, opinante, elaborador, esclarecedor, orientador, evaluador, etc., y los roles psicogrupales de mantenimiento: estimulador, conciliador, favorecedor de compromisos, legislador, etc. En un principio, será el director el que tendrá que jugar aquellos roles imprescindibles que el grupo no sea capaz de jugar, para posteriormente ir iluminando el campo de tal manera que se requiera la asunción de dichos roles, que serán asumidos inevitablemente si se maneja adecuadamente la tensión de campo y se alarga o repite la misma dramatización.

D.6. Trabajo con las sombras de desaprobación en la identidad sincrética familiar. Esto se efectúa en la técnica utilizando varios *yo-auxiliares* o un *yo-auxiliar* que se desdobra para doblar a todos los miembros en el rol de «desaprobador interno» en el curso de una escena típica de la fami-

lia. Debe conocerse la patología estructural de cada miembro para poder desaprobárselo justamente en el modelo psicósomático donde presenta dificultades. Posteriormente se cambia roles y son los miembros los que se desaprobaban a sí mismos mientras actúan, para llegar finalmente a una «reunión de fantasmas desaprobadores». Esta técnica, suele dar pie a una etapa de comentarios muy fecunda sobre los diferentes modelos de cosmovisión. En sociodrama sabemos que los roles disfuncionales, están estrechamente ligados a sombras de desaprobación entre las posesiones sincréticas de las matrices de identidad. Algunos de estos «desaprobadores internos» actuados, son claramente identificados por los familiares como idénticos a aspectos de ellos mismos o de los ancestros.

D.7. Realizar escenas de situación intermedia relativa a estructuraciones macrosociales que presenten analogía con la estructura microsociedad de la familia en cuestión.

D.8. Señalar las incongruencias entre las formas sociales (tales como las palabras) empleadas por la familia y sus contenidos evidenciados por las formas naturales (actos) empleadas en la dramatización.

D.9. Desmontaje de las conservas culturales transgeneracionales. Las conservas culturales de la familia, son reordenadas y ampliadas a través de someterlas a un proceso de caldeamiento específico que libere y haga actuar sobre ellas el fenómeno de la espontaneidad-creatividad. Las conservas culturales de la familia, son reordenadas y ampliadas a través de someterlas a un proceso de caldeamiento específico que libere y haga actuar sobre ellas el fenómeno de la espontaneidad-creatividad. Las conservas culturales transmitidas irracionalmente de generación en generación, condicionan las vinculaciones co-inconscientes entre los miembros de la familia siendo responsables de los roles disfuncionales que impiden el desarrollo sociogenético del grupo familiar¹.

Ejemplo 19

En el tratamiento familiar de un paciente de 26 años que presentaba un trastorno de la personalidad mixto por evitación, compulsivo y paranoide con complicaciones distímicas y conducta agresiva ocasional, pronto aparece la conserva cultural definida como desconfianza y miedo generalizados al mundo exterior. El mecanismo de evitación y aislamiento es común en todos los miembros de la familia. Al dramatizar una escena en la que el paciente tiene miedo a recibir el ataque de su padre, el cual también presenta un trastorno de la personalidad paranoide con actitudes autoritarias y agresivas. Tras una interpolación de resistencias en la que

el padre trata de mostrarse confiado y benevolente sin conseguirlo, éste efectúa un soliloquio espontáneo: «Mi hijo no se fía ni de su padre que soy yo. Pero no me extraña, porque a mí de pequeño, mi padre me subió a una mesa y me dijo: "tírate que te cojo". Me tiré y él se apartó. Me di un buen golpe. Él se reía y me decía: "no te fies nunca de nadie, y menos de su padre"». A partir de esta escena pudo trabajarse con situaciones intermediarias, escenas de relación ambivalente de rechazo-identificación con figuras de poder autocrático. En una escena en la que un rey *malvado* consigue que todos sus súbditos hagan siempre lo que él ordena y se enfrenten a los habitantes del reino vecino, el paciente en el rol de oficial del ejército real, puede rebelarse y *luchar* desesperadamente para obtener la posición de poder del rey. En el cambio de roles, desde el papel del rey, establece un régimen democrático, y por primera vez en su vida puede establecer una comunicación con su padre (éste en el papel de oficial) acerca de sus diferentes puntos de vista. Al mismo tiempo puede establecer en el contexto social un nuevo vínculo con una mujer, mientras se atenúa la descompensación de sus rasgos de personalidad. El padre también atenuó sus rasgos y pudo retomar la confianza en algunas personas de su átomo social. La conserva cultural mítica de la desconfianza pudo ser reestructurada y ampliada permitiendo el inicio de un cambio en la cosmovisión de la familia.

D.10. Utilizar técnicas de estructuración sociométrica situacional, para cuestionar los sub-psicogrupos que funcionan en un nivel sociogenético de afiliación produciendo una ilusión pseudo-cohesiva a expensas de mantener la percepción sociométrica en un nivel muy bajo. Así, sus miembros tienden a elegir aquellos valores y personas que en realidad les rechazan, y a rechazar aquellos valores y personas que en realidad les elegirían. Con ello, el aislamiento y la falta de reciprocidad producen una importante sociopatología. Todo esto debe ser cuestionado permitiendo a los miembros que asuman roles psicodramáticos donde ser elegidos o rechazados y elegir o rechazar con una mejor percepción del *tele*.

D.11. Técnicas de multiplicación dramática que provea a la familia de dramatizaciones alternativas, de nuevas perspectivas que ayudan a desarrollar la espontaneidad. Ya se mostró en el ejemplo 17 la técnica de la escena resultante alternativa tras el cambio de roles múltiples. Debe ser una actitud constante el ofrecer siempre a la familia tras una escena la posibilidad de repetirla una vez más pero tratando de buscar alternativas a las actitudes en los roles, al modo en que se hace en los ejercicios

de *originalidad* en los test de espontaneidad, en los que se le pide al sujeto que trate de resolver una escena de todas las maneras distintas que se le ocurren. La técnica clásica de la familia imaginaria, también ayudaría a encontrar soluciones originales a los viejos problemas.

D.12. Las técnicas de intervención del director. Como analista social debe tener una amplia experiencia personal en modos distintos de vivir la realidad para poder ofrecer alternativas. Como productor de la acción dramática, construye en el escenario una matriz de realidades complejas y plurales donde la familia pueda reestructurarse y cambiar. Como terapeuta, examina junto a la familia las dificultades en el reordenamiento de roles en cada etapa de la maduración esperable para esa cultura. Bajo la instrumentación técnica sociodramática, el director es portavoz de una actitud ética en la que pide a los miembros de la familia que sean generosos al mostrar ante los otros sus verdaderas necesidades y temores, que se atrevan a investigar bajo su dirección, el verdadero compromiso existente en sus vínculos. La instrumentación de la empatía permite el acercamiento y aumenta el valor de las producciones del director y yo-auxiliar.

D.13. La instrumentación de la técnica de máscaras, como extensión de las técnicas de espejo y objeto intermediario, favorece la aparición y expresión en los vínculos, de realidades que permanecían semi-ocultas y que distorsionaban la percepción sociométrica de los miembros entre sí. Aparte de las grandes ventajas de la técnica completa de las ocho máscaras realizadas por cada miembro sobre sí mismo, puede realizarse una versión simplificada para el sociodrama vincular madre-hijo, en la que cada polo del vínculo efectúa una máscara del otro para proceder luego a dramatizar con ellas. Favorece la toma de conciencia de lo restrictivo de la cosmovisión existente.

D.14. Dramatizar situaciones intermediarias de todo tipo. Al jugar roles fantásticos, la familia suele liberar su espontaneidad, y entrar en situación de juego relajado y humorístico con una comunicación que incluye comentarios graciosos sobre la forma de relación en curso.

D.15. Manejo técnico de la atención selectiva según el concepto de iluminación de campo. La precisa combinación de formas naturales y sociales ofrecidas en la comunicación terapéutica, favorece el vertido en la dramatización de determinados contenidos de difícil expresión. Éstos deben concretizarse inmediatamente. Por ejemplo, sabemos que los miembros de la familia que presenten alteraciones en el modelo de ingeridor, que presentarán síntomas histéricos-fóbicos, son más fácilmente, caldeables a través de iniciadores mentales. Los que tengan alteraciones en el modelo de defecador, que presentarán síntomas depresivos o psicopáticos, serán más fácilmente caldeables con

iniciadores corporales, así como los que tengan alteraciones en el modelo de Urinador, con síntomas obsesivos, serán caldeables sobre todo con iniciadores ambientales.

D.16. Debemos introducirnos con la técnica en la realidad de la familia y objetivarla. En sociodrama familiar esto resultara tanto más fácil cuanto más hayan ocurrido en el contexto dramático, una serie de actuaciones comprometidas que todo el grupo ha percibido y que posean la evidencia de lo irrefutable.

D.17. En sociodrama, el conflicto en un vínculo esconde siempre una dificultad para tomar compromiso en otros vínculos. En sociometría, el rechazo y la indiferencia buscan su expresión a través de relaciones tele patológicas, en vinculaciones de rol a sí mismo psicológico, que son aceptadas oscuramente por un receptor de roles atemorizado, indefenso y sometido. La triangulación de los vínculos, etapa necesaria y fundamental del desarrollo, esconde la posibilidad de estos desplazamientos patológicos, de estas asignaciones y asunciones oscuras de roles. Ya hemos mencionado en algunos ejemplos como el trabajo sociodramático pronto evidencia, en los familias de los pacientes psicóticos, los conflictos vinculares subyacentes a la temática delirante.

D.18. Tal y como se cita en C.2.4., muchas de las intervenciones técnicas en sociodrama van orientadas a la transformación de roles pasivos en roles de yo-auxiliar espontáneo en alguno de los miembros del grupo familiar. Sorprende ver la capacidad auxiliadora activa que puede ser desarrollada en una situación de campo relajado, y como ello contribuye a cuestionar la cosmovisión familiar.

E. Técnicas de dramatización del síntoma.

E.1. Cuando le pedimos al paciente que sea espontáneo en la dramatización, le sometemos a una paradoja pero le impulsamos a hacer un comentario válido.

E.2. «Toda verdadera segunda vez, es una liberación de la primera». Esta frase de MORENO nos dice que se trata de repetir en la cura, un mecanismo similar al que provocó el enfermar. Al pedir al protagonista que realice su síntoma en un contexto dramático que está destinado a cambiarlo, el síntoma deja de ser algo *involuntario* y hasta entonces inmanejable, para ser reproducido bajo dirección. Deja entonces de ser defensa transpersonal, cuando el paciente vivencia que es él mismo el que se caldea patológicamente para producir y asumir el rol sintoma, cuando enfrenta una situación irresoluble con el otro. De esta forma, los síntomas se transforman sociodramáticamente en conflictos interpersonales. Debe entonces estimularse la manifestación del conflicto en el

contexto dramático, concretizándolo en imágenes o secuencias escénicas. En el *como si* del escenario, se repiten las formas básicas de la conducta interpersonal patológica.

Ejemplo 20

En una paciente de 33 años, casada y con dos hijos, que presenta un trastorno distímico sobre unos rasgos de personalidad histérica, relaciona el comienzo del cuadro con un gran susto que recibió estando en la bañera al oír que había un incendio y salir desnuda a la escalera siéndole negado refugio en la casa de una vecina. Cuando se dramatiza su «ataque de nervios», pronto aparecen las dificultades vinculares con su marido, la culpa por la posibilidad de hacer daño, la envidia y rivalidad con las vecinas y con una hermana, la relación contrafóbica ambivalente con su madre, la voluntad de dominio, el negativismo oral, etc. Este material es concretizado en sucesivas sesiones con la familia.

En el caso del niño que presentaba oposicionismo, disconductas e ilusiones fóbicas que ya ha sido citado en los ejemplos 6, 7, 9 y 11, se dramatiza una ilusión fóbica que relata así: «Estaba jugando con mi hermano y un amigo, salimos al jardín a jugar a la pelota. No queríamos que los mayores supieran que estábamos fuera pues nos hubieran regañado. Pasé junto a una caseta en obras y de pronto sentí que había una mano en la ventana que iba a salir alguien, me iba a agarrar, ahogarme y comerme las tripas». Dramatiza con un yo-auxiliar mientras la familia permanece en el auditorio. Desde el papel de *la mano* dice que es el *demonio*, se lleva al niño al infierno y le dice que hubo una rifa y le tocó ser comido.

Cuando el yo-auxiliar que hace de niño le señala que al infierno van los que son culpables de algo y le pregunta por su culpa, el demonio comienza a acusarle de un montón de faltas domésticas de una forma tal que la madre, situada en el auditorio, interrumpe la escena para decir que es así como ella regaña a su hijo. En el cambio de roles puede hablar del temor a ser comido por su madre cuando ésta se enfada y tiene su «ataque de nervios», y llega al maltrato físico. En la etapa de comentarios, el niño puede decir a sus padres: «Mamá siempre dice que papá no está nunca en casa, pero luego dice que no sabe por qué se queja, pues si no trabajara su marido no sabe de qué viviríamos». Posteriormente, se dramatizaron escenas de fantasías de ataque y robo al monedero de la madre y finalmente se pudieron jugar escenas de reparación y encuentro amoroso en el vínculo con

la madre. A partir de este trabajo, desaparecieron las ilusiones fóbicas y el niño logró por primera vez en mucho tiempo mantener el contacto visual durante las interacciones, contacto que evitaba hasta entonces. Su conducta cambió y pudo accederse a trabajar otros vínculos con el padre y los hermanos.

Al material *sintomático* volcado por los protagonistas, se le va dando un giro terapéutico a través de diferentes recursos dramáticos (doble, interpolación de resistencias, desarrollo de imágenes). Con ello, los protagonistas evidencian sus roles patológicos y pueden modificar la secuencia de actitudes. El equilibrio patológico se rompe induciendo una crisis mediante la expresión espontánea de los aspectos de su personalidad que siendo genuinos, se encontraban reprimidos o negados. En el contexto dramático se da una plusvalía de realidad donde explorar alternativas. Las técnicas de creación de una familia imaginaria y la última vuelta creativa después del cambio de roles múltiple (ejemplo 17), suponen una matriz donde explorar alternativas a los roles síntoma.

E.4. Dramatización del síntoma en diferentes contextos. El director ayuda a discriminar los distintos contextos como niveles de inclusión creciente, dado que iguales hechos o palabras, tendrán un significado y valor distintos según en el contexto en que se hallen.

E.5. Estimular la espontaneidad y creatividad de la familia en el caldeamiento y luego dramatizar el síntoma, favorece que las tentativas de solución supongan una transformación de la totalidad del sistema sociométrico.

E.6. Las situaciones vinculares donde aparecen los síntomas como juegos estereotipados repetitivos en el contexto grupal, pueden ser jugadas en el contexto dramático como situaciones o *historietas* a las que se pueden dar diversos finales pero en cualquier caso algún final que rompa la estereotipia. Los roles y vínculos estereotipados son transformados por su exhaustiva repetición circular a través de técnicas como el cambio de roles. Se gana distancia con respecto a uno mismo. El revivir las interacciones en sociodrama, no se hace desde la perspectiva de la marioneta, sino desde la del creador que realiza su propio juego. Puede cesar con el juego, cambiarlo, buscar alternativas, y jugarlo en otro marco de referencia, ya que la constante labor técnica de objetivación permite autopercebirse y comentar sobre la comunicación desarrollada en los vínculos.

E.7. Técnica de convertir al protagonista en director de una sesión. El permitir que uno de los miembros sintomáticos de la familia, dirija la sesión circunstancialmente, para una escena determinada, suele ser muy útil en las familias con miembros obsesivo-compulsivos que al intentar

dramatizar, no logran comprometerse y dramatizan su síntoma convirtiéndose en *narraciones* sin poder tomar el rol. El director examina con el protagonista si está así bien la escena o si quiere introducir modificaciones, pero permitiéndole respuestas cortas y cortándole sus explicaciones *narrativas*. Posteriormente podrá llegar a *dirigirse* a sí mismo como protagonista, pues en definitiva, es el protagonista el que se manipula a sí mismo, ya que su reacción ante su propio comportamiento (facilitada por las técnicas de espejo, espejo tecnológico o vídeo y doble), no puede ser cambiada por otra persona más que por él mismo. La solución llega de forma autónoma cuando el protagonista repite en el como-sí, hasta que suficientemente caldeado, decide abandonar él mismo su *enfermedad*, liberarse y elegir la alternativa.

E.8. Dramatizar escenas de alto contenido emocional (lágrimas y gritos) cuando en la familia prevalezcan las defensas intelectualizadoras.

E.9. Por el contrario dramatizar escenas imaginarias o de realización de deseos antes de dramatizar los síntomas, en las familias donde los miembros no aceptan fácilmente participar. Posteriormente emplear dobles y alargar el tiempo de dramatización. Al emplear doble, es importante que éste no sea muy directo al principio, que no ejerza mucha presión y sobre todo que al mismo tiempo que sugiere los sentimientos manifieste la resistencia del sujeto doblado (esto me fastidia, pero prefiero no hablar de ello).

E.10. Cuando uno de los miembros de la familia dice no tener síntomas, no tener problemas, que los problemas son de otro miembro, será útil pedirle que construya una historia imaginaria de una persona que tenga problemas. También será útil pedirle que represente a alguna persona de su átomo social, que será entrevistada por el director, el cual instrumentará las identificaciones proyectivas.

E.11. Técnicas de confrontación tales como la *silla caliente* o la *técnica de espaldas* o el *espejo* pueden ser útiles cuando el síntoma se dramatiza constantemente en el contexto grupal, pues consiste en defensas caracteriales en un paciente defecador que inunda con sus contenidos al resto del grupo, o un paciente dominador o un paciente ingeridor que acapara la atención. El resto de la familia necesita confrontarlo y pueden ser necesarios los dobles. Las técnicas de confrontación deben combinarse con técnicas de apoyo al yo del protagonista, tales como pedir a los miembros que debatan sobre lo que ellos desearían del protagonista.

E.12. Desdramatización del conflicto, del síntoma, por reducción al absurdo. Cuando MORENO dice «toda verdadera segunda vez es una liberación de la primera», añade a continuación:

«El término liberación es una designación idealizante, ya que la repetición total convierte a su objeto en algo ridículo».

E.13. La dramatización del síntoma va a poner en evidencia las tensiones existentes en la familia entre la voluntad de dominio y la voluntad de comunidad. Transformado el síntoma en conflicto vincular y resuelto éste, los protagonistas descubren una nueva libertad creadora donde las cosas, las puede hacer uno mismo según sus necesidades de incorporación o expresión y sus deseos (satisfacción de la voluntad de dominio) pero que no hay razón para hacerlas en solitario, no hay por qué aislarse (satisfacción de la voluntad de comunidad).

E.14. Técnica de interpolación de resistencias. El director induce una consigna al yo-auxiliar o a uno de los miembros, para que durante la dramatización del síntoma, invierta repentinamente su actitud en el rol complementario. Así espera provocar en el protagonista una respuesta espontánea de complementariedad, que paradójicamente sea de signo inverso al estereotipo sintomático.

E.15. Con la técnica de inversión de roles, cada miembro de la familia puede vivenciar desde el interior del otro a través de la identificación objetiva o de rol, poniéndose empáticamente en el otro extremo del vínculo. En muchos casos con roles muy rígidos, el mero hecho de que uno de sus miembros pueda ponerse en el papel del otro, es ya un signo de buen pronóstico, pues indica cierta plasticidad y capacidad de comprensión. La inversión de roles múltiple y sucesiva entre todos los miembros del grupo, es una técnica básica. Después de haber pasado cada uno por todos los roles, debe hacerse una última vuelta, ya cada uno en su papel, con la consigna de: «hacer y comportarse de cualquier forma que apetezca, pero que sea distinta de la forma empleada en la escena *síntoma* con la que se comienza a trabajar. Gracias a la inversión de roles, el protagonista situacional, puede captar los sentimientos personales del otro con el que se vincula, pero en 2.^a persona, en relación yo-tú.

Esta técnica propicia transformaciones de la totalidad de la estructura sociométrica que mantiene el síntoma, pues hace que el protagonista perciba el aspecto de reciprocidad o circularidad en los vínculos. Cuando se consigue que el protagonista se comprometa en los dos roles de una misma interacción, muestra que no se trata de un mero cambio de roles, sino de un cambio de posición en la misma interacción. De hecho, es frecuente observar cómo determinados contenidos de la situación vincular son más fácilmente expresados por el protagonista desde el rol complementario. Los miembros de la familia descubren que se conducen con sus padres, de la misma manera problemática en que se han conducido sus padres con

ellos. Descubren reglas que se repiten de abuelos a nietos.

E.16. Técnicas de instrumentación del auditorio. Éste está formado por los miembros de la familia y del equipo que en ese momento no dramatizan. Va a funcionar como caja de resonancia, apoyando o desafiando a los diferentes subpsicogrupos. En ocasiones, como caldeamiento, organizamos situaciones tipo «concurso televisivo» con formación de equipos que tienen que criticar, adivinar, etc., las producciones dramáticas del otro equipo. En el contexto grupal, en la etapa de comentarios, es donde el director favorece que la familia comunique sobre la comunicación acontecida previamente en el contexto dramático. Es importante que se insista a los miembros de la familia que los comentarios traten de ser hechos desde el compartir, desde la resonancia afectiva, pidiéndoles que compartan con el protagonista el momento de sus vidas donde hayan podido sentirse de forma parecida a él.

E.17. Técnicas de espejo. Con esta técnica y con la utilización de la filmación en videotape de las sesiones, se favorece el que los protagonistas tengan una percepción objetiva de su propio comportamiento. Se les provee de un sistema para que pueda sugerir, indicar o criticar a su propio rol puesto en juego por un yo-auxiliar en frente de el que permanece observado. La técnica clásica tiene la ventaja sobre el video, que el protagonista puede sugerir cambios sobre la marcha al yo-auxiliar que juega su papel. Favorece la toma de posición frente al propio comportamiento, en una suerte de comunicación sobre sus propios estilos de comunicación. La técnica del espejo debe ser utilizada con cuidado pues puede levantar ansiedades persecutorias en sujetos predispuestos. Es una técnica de confrontación. Puede utilizarse para confrontar al grupo familiar como totalidad, o a un subpsicogrupo, o para mostrar el modo transferencial de reaccionar ante el terapeuta, o para mostrarles como se tratan unos a otros.

En ocasiones es útil esta técnica para un miembro de la familia que no es consciente de las atracciones que suscita y sigue empeñado en el «nadie me quiere». Podrá ver cómo el yo-auxiliar que interpreta su papel, es objeto de elecciones, y muestras de afecto sincero por parte del resto del grupo. A veces las escenas no verbales son las más eficaces, sobre todo con un protagonista con déficits en los modelos de ingeridor (histerias-fobias) o en el de defecador (depresiones-psicopatías) que empleen como síntoma vicariante para captar la atención bien el «habla en chorro» o bien el «habla pausada y reflexiva de defecador». En otras ocasiones será útil que el yo-auxiliar efectúe un espejo espontáneamente y sorpresivamente dentro del propio contexto grupal. Por ejemplo, para el paciente acaparador, cada vez que interviene, el yo-

auxiliar le imita interrumpiendo con las mismas palabras y gestos pero de una forma deliberadamente exagerada. La exageración en el espejo es muy importante pero debe de estar en un rango intermedio de tal manera que sea suficiente para que el protagonista advierta el mensaje y no sea demasiado exagerada de tal forma que el protagonista no se reconozca y/o se sienta burlado. En el punto ideal, la técnica del espejo bien realizada por un yo-auxiliar con grandes recursos dramáticos, debe de provocar la risa compartida, donde el protagonista se sienta al mismo tiempo «pillado y comprendido». Hay que recordar que para MORENO, la risa es «la forma suprema de la catarsis».

Tras la técnica del espejo, se le ofrece al protagonista, la realización de una escena ficticia, donde él pueda cambiar su conducta previamente auto-criticada. Se puede hacer repetidas veces hasta que el protagonista esté satisfecho con el cambio.

E.18. Técnicas del soliloquio y el doble. Estas técnicas también favorecen la comunicación sobre el modo de comunicación en curso. Representan una suerte de paradoja ya que la consigna explícita del director es: «Ahora se va a colocar aquí un doble de esta persona (o esta persona hace un soliloquio). Todo lo que se diga, no es escuchado, no interviene en el diálogo de la escena», cuando el propósito implícito es que sea tenido en cuenta por el protagonista que advertirá así de sus sentimientos al interlocutor, con lo que se modificará el sentido de la escena.

La técnica del doble es especialmente útil en sociodrama familiar para ofrecer una salida con un comentario significativo, a situaciones en las que el protagonista se encuentra bloqueado y angustiado por situaciones de doble-vínculo. Con esta técnica así como con los soliloquios y *apartes*, se crea en el contexto dramático un subcontexto metacomunicativo donde se transgreden parcialmente las reglas o rituales del juego familiar estereotipado, dándole un viraje terapéutico a la situación paradójica.

E.19. Ofertar distintos contextos y subcontextos bien delimitados, para favorecer el desarrollo de hábitos de auto y hetero-observación objetivante. Para ello se puede pasar cuantas veces sea necesario del contexto dramático al grupal y viceversa. Las técnicas de creación y asunción de roles en una familia imaginaria, las escenas de proyección al futuro y la última vuelta del cambio de roles múltiple en la que deben crear nuevos roles, suponen la inmersión en contextos alternativos.

E.20. Las relaciones entre ambos integrantes de la unidad funcional formada por el director y el yo-auxiliar, deben de ser instrumentadas como transmisoras de un modelo de cultura terapéutica ya que en todo caso esa relación se está ofreciendo como modelo de identificación a lo largo de

las sesiones. Se valoriza cada vez más a la transmisión y búsqueda de nuevos modelos relacionales, a la integración de lo afectivo en el aprendizaje y a la modalidad vincular que particularmente ofrecemos en sociodrama, como los verdaderos móviles de la mejoría. Hoy se sabe que la personalidad y el estilo de los terapeutas es una variable muy importante más allá de la técnica empleada.

F. *Transformación y mejoría de la autoimagen familiar.*

F.1. Utilización constante de las imágenes alegóricas familiares. Estas imágenes deberán ser objetivadas toda vez que se produzca un cambio integrador en las formas de vinculación.

F.2. Además de la investigación secuencial de las imágenes familiares, en sociodrama se utiliza específicamente la técnica de objetivación de la estructuración sociométrica situacional a través de situaciones reales o imaginarias. En ella se pide al grupo que interactúe intentando asignar y rechazar o asumir un rol rechazable para esa cultura (p. ej., ladrón) que es ofertado por la puesta en escena del director. Una vez observadas las alianzas, las presiones de asignación, las oscuras asunciones, etc., se pide a cada miembro que realice una imagen de cómo sintió la interacción. Una vez realizadas las imágenes de todos los miembros, se procede a una búsqueda activa de una imagen de consenso en la que sin faltar los elementos subjetivos de las imágenes individuales, se logre un cierto acuerdo en los aspectos grupales de la autoimagen familiar situacional. Esto supone la posibilidad de continuar la sesión con dramatizaciones simbólicas en situaciones familiares donde prevalezcan las estructuraciones sociométricas afectivas del psicogrupo o donde prevalezcan las estructuraciones sociométricas de criterio socioeconómico del sociogrupo. Normalmente, en las familias patológicas, es común que puedan identificarse áreas de fortaleza y acuerdo en la eficacia del sociogrupo. Esta imagen contrarresta la imagen de fracaso como psicogrupo, y por ello debe ser apoyada en un primer momento.

F.3. Las escenas de creación y asunción de roles en una familia imaginaria, deben repetirse a lo largo del tratamiento, pues en ellas, la familia puede ir concretando los nuevos aspectos alcanzados en su autoimagen.

F.4. En familias muy rígidas, se puede estimular la transformación de la autoimagen grandiosa que trata de imponer el líder oficial, mediante la técnica del *Guardián del Cielo*. En ella cada miembro de la familia pasa por el rol de guardián de la puerta del cielo, sometiendo a los demás a un juicio y teniendo que justificar su veredicto para enviarle al cielo o al infierno. Deben emplearse dobles para estimular la escena. Si alguno de los con-

denados al infierno protesta, puede dársele una segunda oportunidad de «volver a la tierra» y tratar de reparar la escena por la que otro miembro le condena. En cualquier caso se realizará una «reunión en el cielo» donde los beneficiados por el protagonista se comunicarán sobre los puntos fuertes objetivos de la familia.

F.5. Tratar de finalizar cada sesión con una escena o imagen que resalte los aspectos resolutivos, positivos, integradores de la familia, por pequeños que éstos sean al principio. Incluso en algunos casos puede ser importante al principio que la familia salga de la sesión con alguna imagen positiva aunque haya sido a través de trabajar situaciones ideales o fantásticas.

F.6. Dramatizar los dos estilos básicos de afrontar la ruptura del orden familiar establecido. Cuando un miembro de poco status sociométrico comete un error existen dos tipos de actitudes básicas por parte del líder oficial: a) Buscar un culpable, b) Tratar de encontrar la mejor manera de enmendar el error. Cuanto menor es el nivel sociogenético de la familia, hay más tendencia a, primero, buscar un culpable y, segundo, tratar de hallar una solución. Según se eleva el nivel sociogenético¹ el grupo es más capaz de sentirse solidario con el que cometió el error y tratar de reparar como grupo.

F.7. Deben ser destacados como positivos todos aquellos roles bien estructurados, así como todos aquellos vínculos del tipo complementario rol a rol. En la cultura de la familia, hay elementos que pueden ser utilizados para ampliar el repertorio de roles potenciales de los miembros. Es útil realizar escenas con criterio de sociogrupo, donde la estructura de las mismas demande la creación de nuevos roles para poder lograr éxito en la tarea sociogrupal propuesta. Más adelante se irían introduciendo poco a poco criterios psicogrupales.

F.8. Instrumentar la relación terapéutica, pues ésta favorece el apoyo a la autoimagen familiar. La aceptación de los momentos necesarios de confrontación dependerá de que haya existido un caldeamiento suficiente y una experiencia previa de encuentro, de unión de los terapeutas con la familia. La unidad funcional director-ego auxiliar, se adentra y acomoda a las formas de la familia en una suerte de mimesis, de comunicación terapéutica que favorece la identificación y el encuentro.

En las primeras entrevistas verbales en las que no se dramatiza y se va realizando el diagnóstico de los patrones disfuncionales, los terapeutas utilizan la comunicación terapéutica para favorecer el encuentro.

Los elementos básicos de la comunicación terapéutica son:

- Aceptación, protección y contención.
- Ayudar a discriminar lo que se siente, lo que se percibe y lo que se piensa.

- Relajar el campo.
- Producir un efecto o impacto.
- Interpretar los mensajes latentes.
- Transmitir una buena disposición para comprender, reconocer y responder.
- Fomentar la autocorrección de la información, ayudando a percibir, evaluar y expresarse.
- Comunicar sobre los modos de relación en curso.
- Facilitar la comunicación de contenidos relativos a situaciones de sobreprotección, sobreexigencia, rivalidad, voluntad de dominio, desesperación, pérdida o soledad.
- Identificarse de forma concordante con la experiencia empírica del otro.
- Comprender y apreciar mutuamente las acciones y palabras.
- Poner en claves inteligibles para todos las señales verbales y de acción.
- Observar cómo las respuestas propias, amplían, vinculan o alteran la declaración inicial del otro.
- Expresar las respuestas en el lenguaje del otro.
- Seleccionar las respuestas y los silencios.
- Ayudar a la elaboración de formas más adecuadas de expresión y de acción.
- Manejar cada hecho del momento en el instante en que ocurre, y aceptarlo, ayuda a aceptar el recuerdo de hechos penosos anteriores.
- Ayudar a aceptar significa eliminar sentimientos y fantasías de previsión exageradas que atentan contra la consideración del propio status sociométrico.
- Ayudar a ordenar en el tiempo y en el espacio la sucesión de hechos vitales conectados entre sí, permite que se evalúe los puntos de vista infantiles, siguen siendo válidos en el momento actual.
- Ayudar a la elaboración de recuerdos de situaciones traumáticas donde existió contradicción entre los aspectos cognoscitivos y los emocionales y uno de los componentes fue reprimido.
- Redescubrimiento y reavivamiento de la combinación de reacciones psíquicas y motoras, relación humana y situación ambiental que en el pasado fue vivido como placentero.
- Observar y señalar el *como* centrándose en los efectos del comportamiento aquí y ahora.
- Aceptar niveles de comunicación más o menos regresivos y adaptarse al lenguaje emocional primitivo, para poder establecer contacto y gratificación, a fin de poder introducir posteriormente modos más complejos de comunicación.

El terapeuta debe tomar el verdadero liderazgo situacional, en el que opera como un ego-auxiliar. A través de su función auxiliar, logra la unidad con cada uno de los miembros y así la de ellos entre sí para que lleguen a tener función de auxiliar los unos con los otros. Se evitará así el efecto pseudo-cohesivo de tipo *camarilla*⁶ y se recuperará a los aislados.

F.9. Durante el caldeamiento específico de un protagonista de una situación familiar, la unión del terapeuta se mantiene y amplía a través de una serie de pasos:

- a) Como yo-auxiliar, proyecta activamente su empatía sobre un sujeto-protagonista al cual elige como emergente.
- b) El sujeto responde con una retropatía, eligiendo o rechazando.
- c) No siempre hay acuerdo. Pero este testimonio de empatía, afecta violentamente al sujeto de tal modo que favorece la decantación de un sentimiento que puede ser objetivado a través de los índices de liberación afectiva de orden fisiológico⁴.
- d) Con el desarrollo de la interacción y la instrumentación técnica, se llega a establecer una unidad de comunicación. Ésta es la fase importante del doble drama.
- e) Lo que en el protagonista, sobre todo en el psicótico, es auténtico, en el yo-auxiliar es sólo una instrumentación, un artificio hábil. El comportamiento del yo-auxiliar puede parecer artificial y falso y esto perturba al sujeto. En ese caso deberá instrumentarse como yo-auxiliar a un líder sociométrico o a otro miembro del grupo familiar con el que exista un tele positivo, permitiendo que subsista la desconfianza inicial hacia el yo-auxiliar profesional. También puede convenirse que se trata de un mero juego de roles, para que lo que comienza en forma de artificio, acabe convirtiéndose en una identidad real de sentimientos, en una complementariedad con compromiso.
- f) El autotele que mantienen los protagonistas con personajes ilusorios, debe ser descubierto y transformado en tele hacia los yo-auxiliares en el contexto dramático.

Para finalizar, recordar que las técnicas aquí descritas, pueden ser utilizadas también en trabajos de sociodrama institucional y laboral una vez hechas las transformaciones precisas. Asimismo, muchas de ellas pueden utilizarse en psicoterapia de grupo psicodramática cuando el grupo lleva suficientemente tiempo trabajando como para constituir una familia psicológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. ÁLVAREZ VALCARCE, PABLO: *Teoría del Sociodrama Familiar*. Informaciones Psiquiátricas n.º 138, 4.º trimestre 1994.
2. TAYLOR, F. K.: *Un Análisis de la Psicoterapia Grupal*. Ed. CEPE, Buenos Aires 1975.
3. MORENO, J. L.: *Fundamentos de la Sociometría*. Ed. Paidós.
4. MORENO, J. L.: *Psicodrama*. Ed. Horme Paidós.
5. ÁLVAREZ VALCARCE, PABLO: *El Psicodrama en la Unidad de Agudos del Hospital Psiquiátrico. Aspectos técnicos diferenciales*. Informaciones Psiquiátricas n.º 95, 1.º trimestre 1984.
6. ÁLVAREZ VALCARCE, PABLO: *Psicodrama y Esquizofrenia Crónica. Un estudio clínico y sociométrico*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. VIII, n.º 24, 1988.
7. ÁLVAREZ VALCARCE, PABLO: *Tratamiento con Sociodrama Familiar de un niño epiléptico con disconductas*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría n.º 13, 1985.
8. ÁLVAREZ VALCARCE, PABLO: *Sociodrama y Psicopatología Vincular del Epiléptico*. Revista de la Asoc. Esp. de Neuropsiquiatría n.º 16, 1986.
9. ÁLVAREZ VALCARCE, PABLO: *Teatro de la Locura, el rito y la transgresión*. Informaciones Psiquiátricas n.º 132, 2.º trimestre 1993.

RIGOR CIENTÍFICO Y PSICODRAMA

ANTONIO PINTADO CALVO

Psiquiatra

RESUMEN

Se hace una reflexión, naturalmente desde el punto de vista del autor, sobre el daño que causa a la Ciencia en general, al Psicodrama en particular y al talento humano libre, espontáneo y creador en singular, la inefable parafernalia rigorista que hiela y paraliza desde siempre todo buen saber desde la petulancia de la certidumbre y el poder de la ortodoxia.

Cuando niño, aprendía las lecciones de memoria en una enciclopedia gruesa y gris y como tenía grandes cualidades de grabadora, recitaba ante mi maestro la ciencia y el saber y él me correspondía con la máxima nota: el *Cuadro de Honor* blasonaba frecuentemente mi nombre de estudiante de siete años. De todas formas y a pesar de mis éxitos ya me chocaba que las lecciones del día se daban «hasta ahí» y sólo «hasta ahí»; por ejemplo yo ganaba mis dieces en buena lid, terminando el recital de la siguiente forma: «...y así don Pelayo derrotó a los infieles en Covadonga, constituyéndose Asturias como. "A la semana siguiente que volvía a tocar Historia, mi disertación mnésica comenzaba": "el primer reino cristiano..."».

En mi Bachillerato (por cierto y para adelantarme a argumentos simplificadores, hablo de Madrid, capital de España y ahora mismo tengo cuarenta y dos años) no variaron mucho las cosas en cuanto al saber científico y al método educativo; ya no eran «lecciones de memoria», pero el Francés era lo de *le cahier et le crayon*, la Historia una lista de fechas, batallas y reyes; la Geografía un cúmulo de ríos, montes y ciudades; la Literatura más fechas, más nombres y muchos títulos; las Matemáticas un ejercicio entre lo esotérico y lo sado-maso ante oscurísimos y torpes profesores convencidos a ultranza de ser unos genios de la ciencia más pura y exacta y la Física una extraña materia de recetas do-

mésticas que resolvían mediante una matemática de saldo, unos problemas mongólicos sobre trenes y ascensores, fundamentalmente. A mí, todo esto me seguía chocando.

Durante todos esos años me empezó a acompañar una idea, quizás un deseo, que nunca ha dejado de estar conmigo, porque apenas nunca ha sido satisfecho; consiste en un ansia de algo siempre inminente: «Ahora, ahora es cuando voy a aprender..., ahora me van a enseñar..., ésta, ésta es la persona que me va a transmitir algo». Pues ni en primera enseñanza, ni en la segunda, salvo en contadísimas excepciones, pude obtener algo a ese respecto. Lo malo es que en la Universidad, a lo largo de mi Licenciatura en Medicina y Cirugía, tampoco.

Aquí y ahora prefiero pasar como sobre ascuas por mi recuerdo de una Universidad (ojo, que sigo hablando de la capital de España), hue-ra, inculta, aldeana, absolutamente inútil tanto para el estudiante como para la Sociedad, bastión autocomplaciente, expendiduría de títulos profesionales, pero eso sí, lo peor y a lo que aquí quiero llegar: parafernalia mayúscula de cátedras excelsas y de catedráticos inalcanzables e inasequibles, amos absolutos, señores de toga y birrete, de departamentos estériles plagados de brillantísimos colaboradores, especializados fundamentalmente en aguantar las insolencias y bizarrías del catedrático o en simplemente llevarle la cartera. Yo, de la Facultad de Medicina, lo único que saqué fue un permiso legal para ejercer una profesión, además de un montón de conocimientos y experiencias nada académicos ni científicos, aunque reconozco que la mayoría muy útiles para el desarrollo de mi vida posterior.

Doy un salto en el tiempo para referirme a los textos, puesto que no fue hasta hace unos ocho o diez años que descubrí la verdadera forma de utilizarlos, descubrimiento que hace unas semanas vi confirmado en FRANZ KAFKA:

«... los libros son útiles en todo sentido y sobre todo donde no sería de esperar. Cuando se emprende algo, son precisamente los libros cuyo contenido no tiene nada que ver con la empresa, los más útiles. Pues el lector..., en cierta forma apasionado..., se ve forzado por el libro a formular unos pensamientos que están relacionados con su empresa. Pero como el contenido del libro es completamente indiferente, el lector no se ve perturbado en aquellos pensamientos y pasa con ellos por medio del libro, como una vez los judíos por el mar Rojo, diría yo».

A menudo pienso, aunque me resulte extraño, que sólo yo he desarrollado este enfoque sobre el Sistema Educativo o preparatorio científico y que este hecho sólo se puede deber a dos causas: o soy un ser abstruso o he tenido muy mala suerte y digo esto porque he notado desde hace muchos años, que mis colegas, que los titulados superiores en general y hasta para más INRI, compañeros míos de promoción en particular, manifiestan satisfacción e incluso orgullo, cuando dicen cosas del estilo de: «yo fui discípulo del catedrático don Fulano», o peor: «yo me formé en la Facultad de tal sitio...», olvidando quizás de forma inocente que no es lo mismo ser discípulo que alumno matriculado y mucho menos formarse equivale a superar los exámenes de las asignaturas correspondientes. O lo mismo no es olvido inocente, sino que resulta que necesitan decirlo y quizás hasta creérselo.

Una pequeña muestra de que con el transcurrir de los años las cosas no se corrigen sino que se hipertrofian, la tuve hace unos meses en mi lugar de trabajo cuando un señor visitador médico me entregó unos disquetes de ordenador tal que se trataran de los misterios eleusinos, para pasar unos cuestionarios sobre depresión y ansiedad de los de toda la vida y evaluarlos mediante el programa. Aseveró el hombre: «hasta ahora está teniendo una acogida entusiasta entre sus compañeros» y me citó nombres y no mentía. Estamos y cada vez nos vemos más inmersos en la era de la confusión de la Ciencia con el método; del mensaje, del contenido, de la idea, con la transparencia del retroproyector que nunca se ve desde más allá de la segunda fila pero que no cabrá nunca duda de que estará llena, hasta rebosar, de ciencia y sabiduría.

Para denotar que no tengo nada contra la técnica, aunque me seguirá molestando siempre que sea confundida con la Ciencia, me atrevo a *modernizar* el concepto de conserva cultural de MORENO y aprovecharlo para hablar de «Congelación de ideas creativas» o «Hibernación de creadores».

La historia de la humanidad abunda en ejemplos de creaciones y de creadores congelados e hibernados, que de vez en cuando apuntan con salir de su letargo pero que nunca lo consiguen dada la enorme eficacia de los agentes congeladores y de sus técnicas. Buda, congelado en una estética de color naranja, cánticos, sonidos y sahumeros. Moisés, helado ya casi en origen por el Levítico, Números y Deuteronomio, hibernado para siempre por los doctores de la Ley y por la Ley de los doctores. Jesucristo, inmediatamente rigidificado por sus discípulos directos y ultrahibernado por uno de los congeladores más brillante, trabajador, sistemático, riguroso, inteligente y nefasto que en el mundo se haya conocido: San Pablo. La Revolución Francesa, la Declaración de Independencia de los Estados Unidos, la Revolución Rusa, sus principios e intenciones, duermen con perfecto y helado rigor en las actuales Europa, América y ex-Unión Soviética respectivamente. Al fin, acercándonos más a nuestras ocupaciones, recalamos en FREUD, genio creador indiscutible que contribuyó en vida al comienzo de su propia congelación, al empeñarse en hacer de su pensamiento y de su praxis, una doctrina y casi una liturgia; acabaron concienzudamente el proceso, la pléyade de fieles seguidores y algún que otro inescrutable criptoanalista, seguidos a su vez por hábiles desentrañadores de misterios insondables, sólo al alcance del privilegio de los iniciados.

En cuanto al creador impenitente JACOB LEVI MORENO y a sus múltiples, dispares, geniales e inacabadas creaciones, creo sencillamente que ni él mismo consiguió congelarlas, probablemente porque no pudo doblgar nunca su propio carácter, ni por lo tanto traicionarse a sí mismo. O, porque gracias a Dios o al destino, no era un teórico, ni mucho menos un científico riguroso. Los que han utilizado o simplemente se han interesado por sus creaciones, se dividen en aquellos que no las han entendido y nunca las entenderán y han sistematizado otras cosas con paradigmas distintos y en aquellos otros que proclaman ser sus fieles y puros seguidores, cuando eso, en sí mismo, resulta ya algo imposible: seguir fielmente la doctrina de la no doctrina. Hasta el momento, ni los unos ni los otros han conseguido congelar ni a MORENO ni al Psicodrama, a pesar del mucho empeño que ponen, a pesar de creerse poseedores y paladines del *rigor científico*. Dice el sabio antropólogo vasco Julio Caro Baroja que «cuando una disciplina empieza a tener pretensiones de científica, los que la cultivan procuran siempre reducirla a principios generales; bien senta-

dos éstos, el hombre de ciencia casi nada más puede hacer, según opinión común». Don Julio dice también que así piensan y proceden aún, «muchos investigadores y averiguadores» desentonando con lo más genuino de nuestra época que es el manifestar un interés vehemente y apasionado por la relación entre los juicios generales y los hechos irreductibles y obstinados.

Enseñanzas memorísticas y adoctrinantes, cementerios universitarios del talento, congelación e hibernación de ideas creativas y de creadores, juicios generales esterilizadores; iglesias, sinagogas, ceremoniales iniciáticos, doctrinas, dogmas, escuelas... ¿monopolios? Rafael Huertas, historiador de la Medicina (C.E.H. - C.S.I.C.) señala en un reciente trabajo que «frente a concepciones que defienden la aparición del especialismo médico como el camino lógico de los avances científico-técnicos en medicina, se ha ido imponiendo, en la historiografía reciente, un tipo de enfoque que presta mayor atención a la capacidad de oferta, por parte de un colectivo profesional interesado (que necesita legitimarse ante la sociedad y ante la propia profesión médica) de una mercancía claramente distinguible sobre la cual poder reclamar un monopolio».

A la Asociación Española de Psicodrama (A.E.P.), fundada en 1984, miembro de la I.A.G.P. y cofundadora de la F.E.A.P. pertenezco desde 1985. Creo conocerla un poco, puesto que he tenido la ocasión de ser vicesecretario, vocal, vicepresidente y socio de a pie en los interregnos. Quizás merecería la pena dedicarle monográficamente la Ponencia de una de nuestras próximas reuniones anuales. Ahora, simplemente señalar algunas cosas que me han llamado la atención y vienen a colación con lo tratado hasta aquí (no sin antes hacer la salvedad, parafraseando a Groucho Marx, de que nunca me acabaré de fiar de una asociación que me cuenta entre sus socios): la falta de humildad es, para mí, la característica más llamativa de esta Asociación; por lo que se ve no acabamos de darnos cuenta de que el Psicodrama viene incluido, cuando viene, en las clasificaciones de los textos y revistas científicas en el grupo de «otras psicoterapias» y que en los programas de formación de escuelas universitarias, de MIR y de PIR, aparece como un capítulo curioso, cuando no pintoresco, que a veces se tiene en cuenta y a veces no.

Los celos de escuela, de escolita o de institutos varios, entre sí (lacanianos contra morenianos, morenianos contra morenianos-rojianos...) que apenas disfrazan una boba pelea por acaparar prestigio, poder, influencia, seguidos-

res, alumnos; clientes. El formalismo a la búsqueda de la oficialidad, de la representatividad legal, de los derechos, de la ortodoxia: «hay que evitar a toda costa el psicodrama silvestre». Naturalmente, *silvestre* siempre es el otro. RAFAEL SÁNCHEZ FERLOSIO reflexiona así: «¿Por qué me suscita siempre la impresión de un actor que sobreactúa quien declara no estar ejerciendo otro papel que el de objetivo expositor de la realidad o imparcial mensajero de los hechos?». Quizás, pienso yo ahora, porque los doctores de la ley, los sanedrines, los escribas o los funcionarios de cualquier cosa, siempre se recubrieron de gran pompa y boato que les confiriera respetabilidad, seriedad, aunque todo fuera pura tramoya y vulgar bambalina. El Psicodrama requiere psicodramatistas, no *tíos serios* de esos que me siguen suscitando aquella vieja ansiedad siempre actual del «ahora, ahora aprendo...» en cuanto los veo y que una y otra vez se quedan en tildar a los demás de ignorantes, porque ellos saben decir frases cuasi metafísicas, mientras que ponen su mirada iluminada en lontananza, del estilo de: «por ahí, por ahí van los tiros», refiriéndose sin duda al inmarcesible porvenir que le espera al Psicodrama si ellos siguen investigando con todo el *rigor científico* que indudablemente atesoran.

Si nos damos una vuelta por un par de buenos diccionarios, Rigor (del Latín, rigor-oris) tiene una sola acepción que podríamos considerar como cualidad positiva, aunque no imprescindible, para un psicodramatista o para su fundamental razón de ser: el Psicodrama (que no la Dinámica de Grupos, ni el Psicoanálisis, ni la Teoría General de Sistemas, ni la Cibernética, ni la Gestalt, ni la Bioenergética, ni la Sociometría, ni...); se trata de la gran exactitud, propiedad o precisión. Todas las demás acepciones nos hablan de cualidades que no sé yo si conviene mucho atesorar: «Nimia y escrupulosa severidad; espereza, dureza, inflexibilidad o acrimonia en el genio o en el trato; último término al que pueden llegar las cosas; intensidad, vehemencia; en germanía: fiscal del ministerio público (!!) y, al fin, en patología: tiesura o rigidez anormal de músculos, tendones: hace inflexibles e impide los movimientos del cuerpo».

Menos mal que la verdadera asociación existe y vive dentro de la asociación oficial, representativa, rigurosa y científica; y esa verdadera asociación está llena de psicodramatistas o sea, de personas normales y corrientes con capacidad creativa, con espontaneidad, con tolerancia, que se pueden poner en el lugar del otro y alegrarse de que le vaya bien y de sus éxitos; personas

abiertas a nuevas vinculaciones, a diversificar y enriquecer sus roles, a encontrarse. Hombres y mujeres que pueden entender lo que es «un estilo de vida psicodramático» (como hace poco ha escrito. FRANCISCO DELGADO) e incluso practicarlo. Son los que hacen posibles los congresos o reuniones de la asociación al ser maestros en desarrollarlas en los pasillos y en las largas charlas de madrugada y que en las evaluaciones finales sobrepasan el rito del comentario de «las películas de la sección oficial» para alabar las virtudes de la organización laxa, cuando no de la más absoluta desorganización, en medio de las cuales se sienten en su mejor caldo de cultivo.

Cubiertos o acallados por el «caparazón de rigor», muchos de esos psicodramatistas no se atreven a comunicar sus ideas, a compartir sus prácticas, a crear teoría, por miedo a no estar haciendo ciencia. Menos caparazones y más animar a la gente a que se exprese espontánea y creativamente. No seamos nosotros mismos como los sesudos funcionarios que negaron el reconocimiento de «interés científico-sanitario» a la X Reunión de la A.E.P. por un par de títulos que no les sonaron ni a una cosa ni a otra (uno de los títulos correspondía a un trabajo mío, por cierto); esos inquisidores que nunca hubieran reconocido por lo tanto *Tótem y Tabú*, *El Arte de Amar* o *Las Palabras del Padre*, pongo por ejemplo. Llevemos *los pasillos espontáneos y las madrugadas creadoras* a la sección oficial, ofreciendo en vez de un rígido caparazón, una acogedora envoltura, dúctil, flexible, transparente. No marginemos el talento vivo, no seamos cenizos, no seamos pelmazos.

No voy a hacer ahora ninguna argumentación teórica, ya las he ido haciendo en su momento y me limito a remitir al apartado de la bibliografía. Una brevísima pincelada para decir una vez más que lo verdaderamente aprovechable teóricamente del Psicodrama, que sus conceptos originales, sus inimitables aportaciones están en los conceptos de rol, espontaneidad y creatividad. De acuerdo de vínculo, encuentro, momento, tele, transferencia, co-inconsciente... son conceptos imprescindibles, pero nunca estaré seguro, lo siento, de que sean absolutamente originales, a pesar de que MORENO fuera una auténtica esponja y se atribuyera siempre ser el primero en haberlo descubierto o inventado todo y no ser jamás tributario de ninguna idea ajena. Pues bien, la mayoría de esos conceptos, nos pongamos todo lo serios y trascendentes que queramos ponernos, tienen la virtud inmensa, la grandiosidad de escapársenos de las manos. Si señor; el psicodramatista maneja cosas que

le superan, que son mayores que él, que son in-codificables e irreductibles; y, a pesar de eso, las maneja. ¿Cómo?: digo yo que con un poco de arte y un mucho de humildad y de sentido común. El propio MORENO estuvo a punto de cargarse de espontaneidad, hablando de *factor e*, en un veleidoso ramalazo de «rigor científico hibernador».

Cuando amo ¿qué estoy haciendo?

Teoría siempre, ciencia siempre. Pero cuidado. No helemos ninguna sonrisa, ningún gesto tendido hacia otro, ningún impulso de crear, ningún encuentro.

Harto de «los niños que van a la escuela como los reclutas» (Laing) me *metí* en el Psicodrama. Buscando, siempre buscando, allá donde me permitan buscar; allá donde no me digan «ésto es lo que has encontrado porque es lo que tenías que encontrar». Encontré en el Psicodrama una manera nueva que me hablaba de cosas muy, muy viejas, ancestrales. Entiendo el Psicodrama como *verdadera ciencia*, porque entiendo la ciencia como una búsqueda permanente, siempre inacabada, eterna y no como «el conocimiento cierto, exacto y razonado de las cosas por sus principios y causas».

Temo que el día que ya no interese la búsqueda, la verdadera ciencia y creamos conocer algo exactamente, o peor, que lleguemos a conocer algo de forma cierta, simple y llanamente estaremos muertos.

Habremos alcanzado el *rigor (mortis) científico*.

BIBLIOGRAFÍA

- BUSTOS, D. M.: *Psicoterapia psicodramática*. Paidós, 1975.
- CARO BAROJA, J.: *El Señor Inquisidor*. Alianza Cien.
- DELGADO MONTERO, F.: *¿Un estilo de vida psicodramático?* Hoja de Psicodrama, Boletín Informativo de la AEP, año 2, n.º 8.
- HUERTAS, R.: *La Psiquiatría Española del siglo XIX. Primeros intentos de institucionalización*. Comunicación al I Congreso de la Sociedad Española de Historia y Filosofía de la Psiquiatría; Madrid, noviembre, 1994.
- KAFKA, F.: *Meditaciones*. PPP; Ed. Buma, 1984.
- MORENO, J. L.: *Psicodrama*. Hormé, 1987.
- PINTADO CALVO, A.: *La Escena Humanista: un Reencuentro*. Reunión AEP, 1988; Informaciones Psiquiátricas, n.º 126-127.
- PINTADO CALVO, A.: *El Psicodrama: Reflexión sobre un mito teórico*. Reunión AEP, 1992).
- PINTADO CALVO, A.: *El Mitodrama o el arte de Nomorir*. Reunión AEP, 1993; Informaciones Psiquiátricas, n.º 132).
- SÁNCHEZ FERLOSIO, R.: *Vendrán más años malos y nos harán más ciegos*. Ed. Destino, 1993).

CLÍNICA Y PSICODRAMA

Comunicaciones a la Ponencia (1.ª Mesa)

METAPSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA PSICODRAMÁTICAS

JOSÉ ANTONIO ESPINA BARRIO

Médico psiquiatra y presidente de la Asociación Española de Psicodrama

LA TEORÍA DE LOS ROLES

La persona es el resultado de los papeles que representa, este repertorio proviene de la selección, más o menos acertada, de aquellas representaciones que ve y se identifica, de la repetición de las mismas y de su resultado. Obviamente, las escenas se desarrollan en interacción con los otros, los cuales son el modelo y el patrón o estilo de relación que dejará huellas en los futuros vínculos. De ahí la gran riqueza y variabilidad humanas, así como el gran influjo inter e intrageneracional.

El desempeño de los roles es anterior al surgimiento del yo. Los roles no surgen del yo, sino que el yo puede surgir de los roles (MORENO, 1978) (pág. 217).

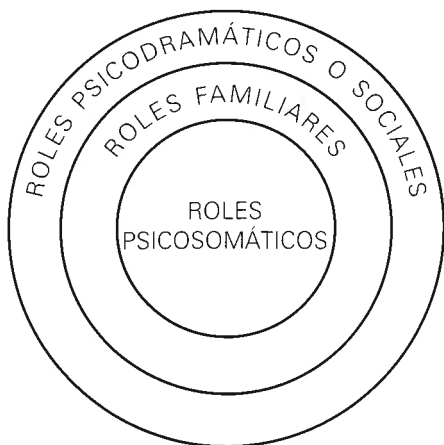
En las primerísimas etapas evolutivas, el niño es mucho más un *pre-yo* (primero) y un *proto-yo* (luego) antes que un *yo* propiamente dicho. (...) Estas primerísimas percepciones que acontecen como originales experiencias, estas asombrosas distinciones y deslindes, instituyen a cada niño y lo sitúan en el comienzo de su *prehistoria* primero y luego en su *protohistoria*. Etapas éstas que lo preparan y en las que se prepara, para luego advenir definitivamente a una posterior *era histórica* en su proceso biográfico individual, ya constituido finalmente en una persona autónoma y autoafirmada (MENEZZO, 1991) (págs. 14-15).

En los comienzos de la vida el niño no se diferencia de sus cuidadores, de ahí que se denomine *pre-yo*, en tanto no diferencia su sí mismo

de los demás. La matriz de identidad es indiferenciada, ya que no existen fronteras entre el Yo y el No-yo. El acercamiento y retirada del rostro de la persona que desempeña el rol materno, la presencia o ausencia del mismo y las diferentes percepciones del niño hacen que se esboce una separación entre Yo y No-yo que es el comienzo de la matriz de identidad diferenciada. Después vendrá la matriz familiar y, finalmente, la social. De esta concepción de MORENO conviene resaltar la noción de matriz como algo más que el molde, se trata del marco de relaciones que se establecen en un determinado medio; dentro del marco existe un cuadro o ambiente que el niño trasladará a sus futuras relaciones. Las matrices definen el estilo de relación y se diferencian del átomo social en que éste es el número de sujetos con los que una persona se relaciona, por lo tanto se atiende más al número que a la cualidad, lo que es coherente con su inclusión como un criterio sociométrico.

Los roles, que se desarrollan a lo largo de la vida, se dividen en tres clases: psicósomáticos, familiares y psicodramáticos y sociales. La representación más afortunada es la de tres círculos concéntricos: en el central se encuentran los psicósomáticos, luego los familiares y, finalmente, los psicodramáticos o sociales. A cada tipo de rol le corresponde el desarrollo dentro de una matriz de identidad. Durante la matriz de identidad indiferenciada los roles que se juegan son los psicósomáticos. La matriz de identidad diferenciada familiar da paso a los roles familiares cuya generalización se produce con la matriz de identidad diferenciada social a la

TEORÍA DE LOS ROLES



que corresponden los roles sociales. Una vez desarrolladas las matrices, los roles psicossomáticos se hacen evidentes en ciertos actos, como por ejemplo en la relación amorosa de una pareja: la fase de galanteo corresponde a la matriz social, posteriormente se pasa a la matriz familiar y finalmente las caricias y relación física llevan de la matriz diferenciada a la fusión de los cuerpos, es decir, a la matriz de identidad indiferenciada.

El primer núcleo queda cubierto por el segundo y el tercero abarca a los tres, de ahí la importancia de un buen desarrollo para que no existan porosidades que dificulten la relación interpersonal. Estos tipos de roles, por más primitivos que sean, implican una vinculación con el otro, por eso el psicodrama se apoya en una teoría vincular o relacional.

Los roles psicossomáticos son los más primarios y aluden a las funciones vitales. La comida, el sueño, la orina, las defecaciones, los movimientos, el tacto, la sonrisa, las lágrimas, etc. son las claves que un observador externo puede utilizar para evaluar la relación madre-hijo. Las relaciones de uno y otro producen un estilo de relación que va a tener una repercusión importante en futuras relaciones.

Como escribe MENEGAZZO (1991), las contracciones del parto y su alumbramiento producen un vigoroso masaje en el recién nacido. El cambio de un medio acuoso a uno aéreo implica la respiración y el llanto, así como una transformación cenestésica de frío y sequedad. Después vendrá el sueño, el hambre, la micción, la defecación, etc.

Lo más novedoso del psicodrama es que no considera estos cambios como traumas, al re-

vés, son manifestaciones de la espontaneidad —en el sentido de respuesta adecuada— del niño y el nacimiento es el primer acto creador, de una serie de ellos, que culmina en la muerte como la última transformación, ya que implica el retorno a la matriz cósmica que fue el punto de partida. Por eso el creador del psicodrama afirma que el niño al nacer tiene hambre de actos, porque cada movimiento es una nueva exploración que le ayuda a comprender el nuevo entorno y a vincularse con él, luego su ser-en-el-mundo comienza a establecerse incluso antes de ser arrojado al mundo, ya que las expectativas de los padres se van a transmitir en sus cuidados.

Los roles psicossomáticos se mueven dentro de la matriz de identidad indiferenciada y son la totalidad del bebé durante los primeros meses. Su importancia proviene de la inmadurez cerebral con la que el niño nace y que, junto con el mantenimiento perpetuo de la curiosidad, constituye un factor que nos diferencia del resto de los mamíferos y una de las claves de la hominización. La madre es el Yo-auxiliar por excelencia y el doble que da sentido a las manifestaciones del niño.

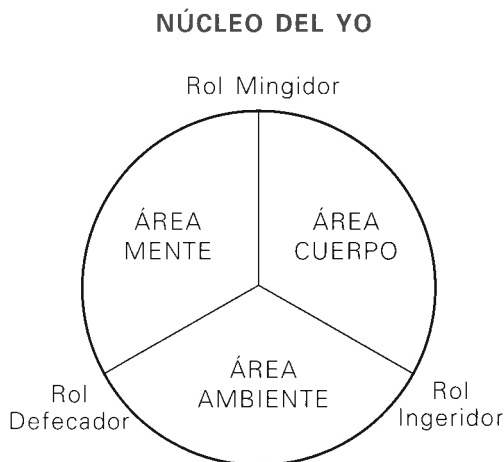
La deambulación del niño (gateo) y la presencia-ausencia de la madre permite unas distancias que separan al Yo del No-yo, es la matriz de identidad diferenciada. Duele la ausencia y alegra el retorno, pero también se distingue al familiar del extraño. La fantasía y la realidad comienzan a tener su frontera, la plenitud y saciedad dejan paso al vacío y al hambre. El niño reconoce el rostro de su padre, de su madre, etc. y la matriz familiar comienza a implantar su estilo. La mirada de la madre y su rostro es el espejo donde el niño comienza a encontrar los límites entre su sí mismo y los demás, en estas etapas un rostro fruncido hace llorar y uno alegre produce bienestar, por eso MORENO sostiene que la técnica psicodramática predominante en esta época es el espejo.

De los papeles concretos de la familia y de sus contactos externos, que enriquecen su repertorio, surge un proceso de generalización que hace pasar de mi padre al padre, de mi madre a la madre, etc. Para esto es necesario el juego donde el niño hace de padre, de madre, etc. y se identifica con los distintos papeles ampliando la colección y flexibilizando su interpretación. Luego es el intercambio de papeles el que mediatiza el paso de la matriz familiar a la matriz social. Cada fase engloba a las otras, por lo que una falla en la primera afectará a las siguientes. Hay que tener en cuenta que a cada rol le corresponde un complementario, luego las

diferencias en el desarrollo y en el número de roles desempeñados es lo que produce la variabilidad de unos individuos a otros. La teoría de los roles es vincular o interaccional, pero, de acuerdo con MENEGAZZO (1991), no es exclusivamente ambiental. Su raíz se encuentra en lo cósmico y en lo biológico-genético, aunque su desarrollo es ambiental y el ambiente, hasta ahora, es lo más fácilmente manejable.

ALGUNAS TEORÍAS SOBRE LA FORMACIÓN DE LA PERSONA

La formación del núcleo del Yo (ROJAS BERMÚDEZ, 1984) alude a la delimitación de tres áreas (mente, cuerpo y ambiente) por tres roles psicósomáticos (ingeridor, defecador y mingidor). Estos roles, ligados a funciones fisiológicas indispensables, se estructuran en base al aco-



plamiento de la estructura genética programada interna y externa cuyo resultado son huellas mnémicas que son la base de la personalidad de los seres humanos. Los déficits en la formación de roles dejan porosidades entre las áreas que generan confusión de las mismas, pueden dar lugar a un área sobrevalorada y/o sobredimensionar un rol psicósomático. Estos aspectos dan lugar a la patología del sujeto.

En la confusión cuerpo-ambiente lo que ocurre fuera lo sienten como propio, como sucede en los trastornos conversivos y fóbicos, de ahí que sobrevaloren el área mente, la porosidad se da en el rol del mingidor. La fórmula estructural se complica enormemente, pero este sencillo ejemplo muestra la utilidad de tal teoría, aunque la interpretación no es tan lineal. La crítica

a esta teoría es que no considera el rol de respirador como fundamental, siendo el que se genera en el momento del nacimiento y otorga vida al recién nacido.

POBLACIÓN (1989, 1990) parte de la existencia de escenas primigenias que son las que dejan improntas en la evolución humana. Estas escenas se desarrollan con el Yo-auxiliar privilegiado, el que cumple la función maternal. En ellas puede predominar el amor, el vacío o la agresión. La evolución humana sigue un proceso diabólico, en su aceptación de separar, y simbólico, unión o reconocimiento del familiar y diferenciación del extraño. Estos procesos sirven de paso de la matriz de identidad indiferenciada a la diferenciada y de la matriz familiar a la social respectivamente. Lo que ocurre en el psicodrama clínico es que resulta difícil llegar a diferenciar tales escenas primigenias, aunque un cierto *aire* puede encontrarse en algunas dramatizaciones.

A esta concepción jungiana de la metapsicología se añaden unas aportaciones sistémicas muy interesantes (POBLACIÓN, 1990). Según éstas la escena es vista como un sistema que abarca al protagonista, los participantes, los observadores y el medio social.

PSICOPATOLOGÍA Y PSICODRAMA

El objeto de la psicopatología es el acontecer psíquico realmente consciente. Queremos saber qué y cómo experimentan los seres humanos, queremos conocer la dimensión de las realidades anímicas. Y no sólo el vivenciar (*erleben*) de los hombres sino que también queremos investigar las condiciones y las causas de las que depende, las relaciones en que está y las maneras como se expresa objetivamente. Sin embargo no es nuestro objeto todo acontecimiento psíquico, sino sólo el *patológico* (JASPERS, 1975) (págs. 16-17).

Los instrumentos fundamentales para este estudio han sido la observación y la anamnesis. Gracias a ellos se ha llegado a la comprensión de numerosos acontecimientos psíquicos. Sin embargo tienen sus límites, HARRINGTON y col. (1988) mostraron como no existen muchas discordancias diagnósticas entre técnicas de entrevista semiestructuradas y estructuradas. Las inconsistencias al investigar las discordancias diagnósticas se distribuyeron así: 63 % de los desacuerdos eran debidos a los informantes, 15 % al entrevistador o ambigüedad de criterios diagnósticos y el 20 % a las diferencias en la técnica de entrevista. Los desacuerdos del informante se de-

bieron, en su mayor parte, a que contestó de forma diferente a una misma pregunta. A pesar de esto, el informante es una fuente imprescindible de información.

El psicodrama enriquece la anamnesis, en el sentido de que objetiva el relato y externaliza el contenido psíquico, es decir lo convierte en observable.

En el terreno de las psicosis, al representar el delirio o la alucinación, lo objetiva, se hace externo y accesible al interlocutor. Un delirio o alucinación comunicable o representable es menos delirio, en tanto es posible la intervención y, por lo tanto, la psicoterapia (ESPINA BARRIO, 1986, 1989 y 1993).

En las neurosis el psicodrama interviene en la temporalidad —presente, pasado y futuro en el *aquí-ahora* de la escena; en la espacialidad y en la triple concepción de pensamientos, actos y sentimientos. La representación no es una exteriorización de emociones, sino que también es un acto que conlleva un pensamiento, ya que al representarse a uno mismo se refleja uno en lo que hace (LÓPEZ SÁNCHEZ, 1982). Este hacer ocurre con los otros, pero los pensamientos o sentimientos son susceptibles de ser objetivados por el psicodrama, su representación los vuelve a traer al presente, no a su intimidad sino a la presencia de todos.

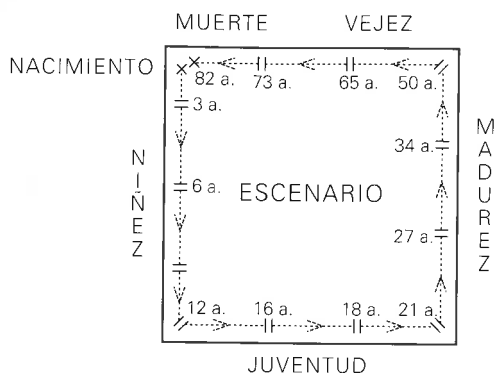
Otra aportación importante del psicodrama es que da vida a la anamnesis, en el sentido de revivir sus actos. La repetición de sucesos son pruebas periciales judiciales que, en ocasiones, tienen una importancia crucial a la hora de esclarecer un delito. El psicodrama busca objetivar lo subjetivo y, en cierta forma, enfrentar al sujeto con el guión de su vida, por ello ha contribuido desde su creación a la mejor comprensión de la biografía del sujeto. Este hecho es de una importancia crucial para el psicopatólogo ya que permite un trabajo de campo además del relato del informante.

No se desdeñan las informaciones verbales del paciente, al revés son la base de las futuras dramatizaciones. La escena es el campo ideal para que el psicopatólogo revalide sus teorías. Es un *como sí* imaginario que tiene la facultad de reproducir los fenómenos psíquicos, luego es un campo privilegiado de experimentación y observación.

El diagnóstico, cuyo significado etimológico es conocimiento a dos, tiene una herramienta facilitadora que es el psicodrama. *La historia clínica psicodramática como método psicodiagnóstico* es una parte del trabajo de FONSECA FÁBREGAS (1993) que merece una descripción más detallada, ya que es una elaboración de lo

aportado por ROJAS BERMÚDEZ (1984), cuya base se encuentra en MORENO (1975 y 1978). Se parte de una patografía detallada. En la sesión psicodramática se comienza por un precalentamiento inespecífico que puede consistir en ejercicios de estiramiento muscular y medir, pasear o rodar por el escenario. Una vez que se ha contactado con el escenario se pide al protagonista que busque el lugar que le parezca mejor y se ubique allí. Después se le acompaña hasta una esquina del escenario, es el lugar de su nacimiento y de ahí en adelante va a hacer un recorrido por el perímetro del escenario hasta llegar a la época actual.

HISTORIA CLÍNICA SICODRAMÁTICA



Las modificaciones que propongo es que éste, la salida (nacimiento), es también la llegada (muerte), de esta manera se completa la rueda de la vida y se cumple el ciclo vital, donde se nace del cosmos y cuando uno muere retorna a él. Las esquinas del escenario son puntos de inflexión vitales, por lo que los recorridos ideales son la niñez, juventud, madurez y vejez.

Se le pide que cuente su vida desde el nacimiento a la época actual, pero sólo con el cuerpo. Inicia un lento recorrido donde el protagonista se para en momentos significativos, el monitor va preguntando la edad que tiene en ese momento.

El segundo recorrido debe hacerlo con las mismas paradas, pero añadiendo algún gesto o movimiento que acompañe a la edad o situación vital. Si añade paradas se apuntan, si se salta alguna se le hace retroceder.

El tercer recorrido es la dramatización de cada una de las paradas, lo que MORENO denominó presentación psicodramática. El protagonista presenta los otros de su guión vital.

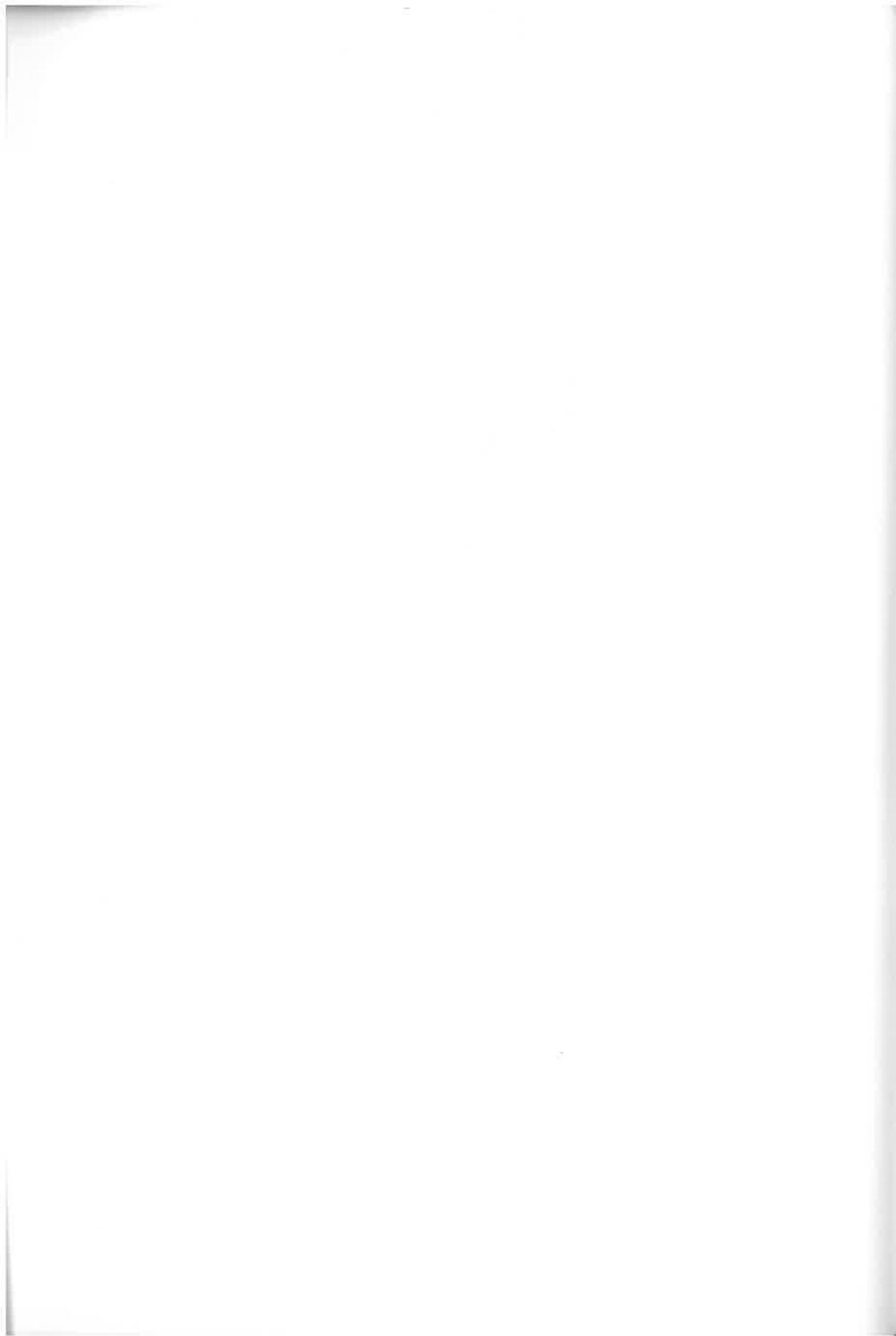
De esta manera la patobiografía no es sola-

mente contada sino vivida, además se extraen datos que a veces ocultan de forma inconsciente, por ejemplo, los saltos grandes en el tiempo o las primeras paradas *olvidadas*, etc.

El *diagnóstico psicodramático* de FONSECA (1993) sigue una evolución psicopatológica muy interesante, ya que indaga sobre las dimensiones del psiquismo —sentimientos, pensamientos y actos— por medio de dramatizaciones simbólicas con objetos intermediarios, telas, que abarcan desde el psiquismo y la familia al propio cuerpo (el monigote y el humanoide), su descripción detallada se encuentra en la obra citada.

BIBLIOGRAFÍA

1. ESPINA BARRIO, J. A.: *La práctica del psicodrama en las instituciones*. III Reunión Estatal de la Asociación Española de Psicodrama. Informaciones Psiquiátricas, n.º 106, 4.º trimestre 1986 (págs. 355-360).
2. ESPINA BARRIO, J. A.: *Aproximación psicodramática a las psicosis*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. IX, n.º 29, abril-junio 1989 (págs. 219-228).
3. ESPINA BARRIO, J. A.: *Psicodrama institucional y esquizofrenia*, en *I Jornadas Regionales de Salud Mental «De las estructuras intermedias a la rehabilitación»*. Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental. León, 1993 (pág. 188).
4. FONSECA, E.: *Diagnóstico psicodramático*. Copia del autor, original en prensa, 1993 (pág. 79).
5. JASPERS, K.: *Psicopatología general*. Reimpresión de la 4.ª edición. Beta, Buenos Aires, 1975 (pág. 1005). (Traducido por Roberto O. Saubidet y Diego A. Santillán de la 5.ª edición alemana titulada *Allgemeine Psychopathologie*).
6. LÓPEZ SÁNCHEZ, J. M.: *El psicodrama en psiquiatría clínica*. Círculo de Estudios Psicopatológicos. Granada, 1982 (pág. 311).
7. MENEGAZZO, C. M.: *Umbrales de plenitud*. Colección Alfa. Ediciones Fundación Vínculo. Buenos Aires, 1991 (pág. 140).
8. MENEGAZZO, C. M. y ZURETTI, M. (coord.): *El psicodrama - Aportes a una teoría de los roles*. Colección Encuentro, vol. 1. Docencia-Proyecto CINAÉ. Buenos Aires, 1982 (pág. 99).
9. MORENO, J. L.: *Psicoterapia de grupo y psicodrama - Introducción a la teoría y la praxis*. Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis, 1.ª edición, 1966. Fondo de Cultura Económica. México, 1.ª reimpresión, 1975 (pág. 409). (Traducido de la 1.ª edición alemana de 1959 por Armando Suárez).
10. MORENO, J. L.: *Psicodrama*. «Psicología de hoy: teoría y métodos en psicoterapia», vol. 3. Hormé-Paidós. Buenos Aires, 4.ª edición, 1978 (pág. 365). (Traducido del inglés por Daniel R. Wagner).
11. POBLACIÓN KNAPPE, P.: *La escena primigenia y el proceso diabólico*. II Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama, «Aspectos técnicos y factores de cambio». Informaciones Psiquiátricas, n.º 115, 1.º trimestre 1989 (páginas 11-14).
12. POBLACIÓN KNAPPE, P. (coord.): *Apuntes de psicodrama*. Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama (I.T.G.P.), 1.º vol. (fotocopiado), 1990 (pág. 214).
13. POBLACIÓN KNAPPE, P.: *El sistema-escena en el psicodrama*. Psicopatología, vol. 10, n.º 3, 1990. (págs. 143-149).
14. ROJAS BERMÚDEZ, J. G.: *¿Qué es el psicodrama? - Teoría y práctica*. 1.ª edición, 1966. Celcius, Buenos Aires, 4.ª edición, 1984 (pág. 264).



GRUPOS DE PSICOTERAPIA PSICODRAMÁTICA EN UN CENTRO DE SALUD DE SALAMANCA: EVALUACIÓN REALIZADA POR LOS PACIENTES

ESPERANZA FERNÁNDEZ CARBALLADA

Psicóloga

M.^a LUISA MARCOS FERNÁNDEZ

Enfermera

ÁNGEL LUIS MONTEJO GONZÁLEZ

Psiquiatra

Componentes de la Unidad de Salud Mental de «La Alamedilla»

Colaborador:

LUIS GARCÍA ORTIZ

Coordinación de Atención Primaria

RESUMEN

El estudio ha sido realizado basándonos en la hipótesis de la eficacia de la participación en la terapia de grupo psicodramática, y de como los pacientes que asisten a ella evolucionan favorablemente en su calidad de vida, mejoran la forma de resolver sus dificultades afectivo-relacionales, aumenta su capacidad de comprender sus problemas como algo propio, no como algo proyectivo, a la vez que disminuyen la frecuencia de utilización de los recursos en la red de salud pública.

Los resultados del estudio nos confirman lo anteriormente planteado, así como la valoración personal positiva, por parte de los pacientes, de haber participado durante un tiempo, en la terapia de grupo psicodramática.

INTRODUCCIÓN

Con este estudio, queremos valorar la eficacia de la participación en la terapia de grupo psicodramática, las repercusiones que conlleva en la utilización de los servicios públicos de salud y qué cambios consideran los propios pacientes

que se han producido como consecuencia de la participación en la terapia de grupo (TG).

Este trabajo va en la línea de lo que los autores señalaban en 1993, en el estudio realizado sobre diagnóstico de salud mental en el centro de salud de La Alamedilla, en el que apuntaban, como uno de los objetivos de las unidades de salud mental, el realizar un esfuerzo de fundamentación científica en la planificación de los servicios.

Nuestra conceptualización de salud mental es la defendida por la OMS que la define como: «La capacidad de establecer relaciones armoniosas con los demás y la contribución constructiva a las modificaciones del ambiente físico y social»; es evidente que esta definición se puede englobar en la de salud como: «el bienestar bio-psico-social». Utilizamos esta definición de la OMS, pues es la que más se relaciona con el concepto de salud mental defendido por J. L. MORENO, creador del psicodrama, con cuyo modelo trabajamos.

Nosotros valoramos que los pacientes que participan en la TG, en el Centro de Salud Mental, mejoran en la calidad de vida en el área afectivo-relacional; consideramos también, que aumentan su capacidad de comprender sus pro-

blemas como algo propio, y no siempre como algo proyectivo, y como consecuencia pasan a enfrentarlos de una manera, por lo general, más consciente, ayudados por la relación grupal.

Encontrarse con los problemas del otro en el grupo y constatar que no es el único que tiene dificultades, es un factor potenciador en la confianza para poder resolverlos. Existe una implicación, en ayudar al otro a resolver sus dificultades y en esta implicación terminan por encontrar salidas a sus propios problemas.

A nivel de la observación que teníamos en el centro, intuíamos que los pacientes que participaban en la TG disminuían el número de consultas, tanto a la Unidad de Salud Mental como al médico de cabecera; hacían menos consultas a Urgencias y menos ingresos hospitalarios.

Para comprobar estas hipótesis, los pasos que hemos dado son los siguientes:

- Elaboración del cuestionario.
- Pedir la colaboración a todos los componentes de los grupos, en el período comprendido entre los años 1991 al 1995.
- Pasar los cuestionarios a todos los que fue posible localizar y quisieron colaborar, 28 pacientes en total.
- Análisis de los resultados y datos a tener en cuenta en el seguimiento de posteriores grupos.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realiza en la unidad de salud mental de La Alamedilla, a cuya Área de Salud corresponde el distrito IV de Salamanca; a éste pertenecen dos centros de salud del Insalud. La unidad está compuesta por una enfermera, una psicóloga y un psiquiatra.

Se elaboró la lista de pacientes que habían participado en cualquiera de los grupos en los períodos comprendidos en los años 1991-92-93 y 94. El contrato con cada uno de los grupos tenía una duración de enero a diciembre, siendo los grupos abiertos, con una periodicidad de una sesión por semana de dos horas aproximadamente.

El cuestionario fue elaborado con la intención de que fuera fácil de responder y aumentara la colaboración. En muchos casos, la relación con la unidad ya había concluido. El cuestionario va incluido en el anexo.

Se elaboró una ficha de cada paciente en la que se le asignaba un número de código y en la que recogíamos el mes y el año de nacimiento, el estado civil, el número de meses que había participado en la TG y el diagnóstico que tenía según la CIE-10 (clasificación que utiliza

la unidad según las directrices de la Delegación Territorial de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla-León).

Se contactó con los pacientes por teléfono, y se citó en el Centro de Salud, a los que accedieron a colaborar. La mayor parte de los pacientes contestó la encuesta en la sala de juntas del centro, tres de ellos en los despachos y una fue enviada por correo.

Se informó a los pacientes que el cuestionario tenía un número de código por el que sabíamos a quién pertenecía.

Se elaboró un programa de ordenador, para analizar los datos y poder hallar las correlaciones.

RESULTADOS

Estimamos conveniente incluir en el cuestionario preguntas que sirvieran para caldearles, en el sentido psicodramático, y así que fueran recordando cuál era la situación en la que se encontraban cuando comenzaron la TG.

Las preguntas que se valoraron fueron las relativas a:

- Si habían sido atendidos con anterioridad a la inclusión en el grupo, por psiquiatras, psicólogos u otros profesionales, y si habían tomado tratamientos farmacológicos, o habían asistido a alguna terapia, bien fuera individual, familiar, de pareja, de grupo u otras.
- Si durante el tiempo que habían pertenecido al grupo habían trabajado algo personal: ocasionalmente, frecuentemente, asiduamente o nunca.
- Preguntamos por las áreas de las relaciones en las que podían tener dificultades cuando iniciaron el grupo: padres, hermanos, pareja, hijos, amigos, trabajo, consigo mismo, salud, otras.
- La valoración de la experiencia de la TG, que analizamos como positiva o negativa.
- Si la atención que habían recibido de las terapeutas había sido suficiente o no.
- Si la participación en el grupo ha incidido en cambios con respecto a las demandas de consultas que con anterioridad solían hacer: al médico de cabecera, a la consulta de urgencias, a la unidad de salud mental, o con respecto a los ingresos hospitalarios.
- Si la participación en el grupo ha motivado al paciente a hacer algún cambio con respecto a: tener más amigos, cambiar la forma de vestir, arreglarse más, tener una mejor idea de sí mismo, ser más tolerante, comprenderse más, disfrutar más de los momentos, hacer cambios de vivienda, buscar trabajo o ser más eficaz en él, resolver problemas, otros.

ANEXO

Número de paciente
 Nombre y apellidos
 Fecha de nacimiento: Mes Año Estado civil: S C D V Se
 Motivo de consulta
 Diagnóstico C.I.R.-10
 Tiempo de seguimiento en la Unidad de Salud Mental: Meses
 Tiempo de pertenencia al Grupo de Terapia: Meses

1. Fue atendido con anterioridad
2. Tratamientos que recibió
3. Motivos por los que se incluyó en el grupo
4. Situación en la que se encontraba cuando entró en el grupo
5. Durante el tiempo que perteneció al grupo, trabajó algo personal.....
6. Durante el tiempo de pertenencia al grupo, tenía otro tratamiento
7. En la actualidad continúa en el grupo
8. ¿Cuándo dejó el grupo? ¿Por qué?
9. Áreas de las relaciones en las que creía tener problemas ¿Cuáles están resueltas?

10. Valoración de la experiencia en el grupo
11. La atención recibida por parte de las terapeutas ha sido suficiente
 En caso negativo, ¿cuáles son los motivos?
12. En qué se modificó la demanda de asistencia con respecto a
 Médico de cabecera Consultas de urgencia U.S.M. Ingresos hospitalarios
13. La participación en el grupo ha motivado cambios en

Número de paciente
 Tiempo durante el que has participado en la terapia de grupo. Número de meses

1. Has sido atendido antes de la inclusión en el grupo por algún profesional

	Sí	No	¿En qué año fue?	¿Durante cuántos meses?	¿En la pública?	¿Privada?
Psiquiatras	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Psicólogos	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Otros profesionales	.....	.....	.....	.....	.....	.....
¿Cuáles?	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2. ¿Qué tratamientos recibiste?:
 Farmacológico Terapia individual Terapia familiar Terapia de pareja
 Terapia de grupo Otros
3. Relata brevemente la situación en que te encontrabas al inicio del grupo.

4. ¿Qué motivaciones te llevaron a iniciar la psicoterapia de grupo

5. Durante el tiempo que has pertenecido al grupo, ¿trabajaste algo personal?:
 Nunca Ocasionalmente Frecuentemente Asiduamente

6. Durante el tiempo que has pertenecido al grupo, ¿tenías algún otro tratamiento?:
 Farmacológico Terapia individual Terapia familiar Terapia de pareja Otros
7. En la actualidad, ¿continúas en el grupo?: Sí No
8. ¿En qué momento y por qué decidiste dejar el grupo?:.....

9. Señala en qué áreas de las relaciones que mencionamos a continuación creías tener dificultades:

¿Cuáles crees que has resuelto?

	Sí	No	Sí	No
a) Padres
b) Hermanos
c) Pareja
d) Hijos
e) Amigos
f) Trabajo
g) Contigo misma
h) Salud
i) Otras, ¿cuáles?

10. Haz una valoración de tu experiencia en el grupo

11. ¿Crees que la atención recibida por parte de las terapeutas ha sido suficiente? Sí No
 En caso negativo, ¿cuáles crees que son los motivos? Exponlos brevemente

12. ¿En qué medida la participación en el grupo ha incidido en cambios con respecto a las demandas de consultas que solías hacer? (Marca donde procede)

	Más consultas	Menos consultas	Igual
a) Médico de cabecera
b) Consulta de Urgencias
c) Unidad de Salud Mental
d) Ingresos hospitalarios

Relata brevemente

13. ¿Crees que la participación en el grupo te ha motivado a hacer algún cambio con respecto a?:
- | | Sí | No |
|---|-------|-------|
| a) Tener más amigos | | |
| b) Cambiar de forma de vestir | | |
| c) Arreglarte más | | |
| d) Tener una mejor idea de ti mismo | | |
| e) Ser más tolerante | | |
| f) Comprenderte más | | |
| g) Disfrutar más de los momentos | | |
| h) Hacer cambios de vivienda | | |
| i) Buscar trabajo, o ser más eficaz en él | | |
| j) Resolver problemas | | |
| k) Otros | | |

14. Utiliza la intuición y tu sentido del humor, y sin reflexionar, contesta lo antes que puedas:
 ¿de qué pie cojean las terapeutas?

 ¿Y cuál es el punto fuerte?

15. ¿Quieres señalar algo más?

Muchas gracias por tu colaboración.

Con estas dos últimas preguntas, queremos valorar si se confirma nuestra hipótesis de que las personas que participan en el grupo disminuyen el número de consultas a la red pública de salud, mejoran en el área afectivo-relacional y mejoran la capacidad de comprender sus problemas, como algo propio, no como algo proyectivo.

En total colaboraron: 28 pacientes, con edades comprendidas entre 22 y 47 años, 19 solteros, 7 casados y 2 divorciados.

Los diagnósticos según la C.I.E.-10 son:

- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno con ideas delirantes 8
- Trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto 8
- Trastorno disociativo (de conversión) 5
- Trastorno de ansiedad 2
- Otros trastornos neuróticos 2
- Trastornos del humor 1
- Trastornos obsesivos-convulsivos 1
- Trastornos del desarrollo psicológico 1

El tiempo de pertenencia al grupo ha sido entre 1 y 24 meses:

- Entre 1 y 5 meses 5
- Entre 6 y 10 meses 12
- Entre 11 y 15 meses 4
- Entre 16 y 20 meses 4
- 24 meses 3

Antes de pasar a analizar el siguiente ítem, señalamos que la derivación de los pacientes a la Unidad de Salud Mental se desarrolló en un primer momento mediante interconsulta entre el profesional de Atención Primaria y un profesional de la Unidad de Salud Mental.

Todos los pacientes en la primera entrevista han sido atendidos por la enfermera de la unidad.

A la pregunta sobre si había sido atendido antes de la inclusión en el grupo por algún profesional, encontramos:

- 12 pacientes habían sido atendidos por psiquiatras y psicólogos.

- 8 pacientes habían sido atendidos por psiquiatras.
- 4 pacientes habían sido atendidos por psicólogos.
- 1 paciente había sido atendido por psiquiatra y trabajador social.
- 1 paciente había sido atendido por psiquiatra, psicólogo y trabajador social.
- 2 pacientes no han sido atendidos por ningún profesional.

Con respecto a los tratamientos que habían seguido anteriormente:

- 19 pacientes habían seguido en terapia individual.
- 18 pacientes habían seguido tratamientos farmacológicos.
- 9 pacientes había participado en alguna terapia de grupo.
- 4 pacientes habían estado en terapia familiar.
- 2 pacientes habían estado en terapia de pareja.

Consideran que durante el tiempo que han pertenecido al grupo han trabajado algo personal:

- Nunca 4 pacientes
- Ocasionalmente 12 »
- Frecuentemente 9 »
- Asiduamente 2 »
- No contestan 1 paciente

Los datos encontrados en la pregunta sobre las áreas de las relaciones en las que creía tener dificultades y si las ha resuelto o no son:

Con los padres:

- Sí tenían dificultad y lo han resuelto 5 pacientes
- Sí tenían dificultad y no lo han resuelto 10 »
- No tenían dificultad 3 »
- Contestan en blanco 10 »

Con los hermanos:

- Sí tenían dificultad y lo han resuelto 8 pacientes
- Sí tenían dificultad y no lo han resuelto 4 »

- No tenían dificultad 4 pacientes
- Contestan en blanco 12 »

Con la pareja:

- Sí tenían dificultad y lo han resuelto 8 pacientes
- Sí tenían dificultad y no lo han resuelto 5 »
- No tenían dificultad 3 »
- Contestan en blanco 12 »

Con los amigos:

- Sí tenían dificultad y lo han resuelto 7 pacientes
- Sí tenían dificultad y no lo han resuelto 2 »
- No tenían dificultad 4 »
- Contestan en blanco 15 »

Con el trabajo:

- Sí tenían dificultad y lo han resuelto 6 pacientes
- Sí tenían dificultad y no lo han resuelto 4 »
- No tenían dificultad 3 »
- Contestan en blanco 15 »

Conigo mismo:

- Sí tenían dificultad y lo han resuelto 13 pacientes
- Sí tenían dificultad y no lo han resuelto 9 »
- No tenía dificultad 1 paciente
- Contestan en blanco 5 pacientes

Con la salud:

- Sí tenían dificultad y lo han resuelto 8 pacientes
- Sí tenían dificultad y no lo han resuelto 6 »
- Contestan en blanco 14 »

Otras dificultades:

- Sí tenían dificultad y lo han resuelto 3 pacientes
- Sí tenían dificultad y no lo han resuelto 1 paciente
- Contestan en blanco 24 pacientes

La participación en el grupo la valoran como positiva 26 pacientes y no contestan 2.

Consideran que la atención dada por las terapeutas:

- Sí ha sido suficiente 20 pacientes
- No ha sido suficiente 5 »
- Contestan en blanco 3 »

En los casos en los que la atención no ha sido suficiente, las razones que alegan son:

- 2 por falta de su asistencia al grupo.
- 2 por falta de tiempo.
- 1 por otras razones.

Las respuestas encontradas a la pregunta: ¿En qué medida la participación en el gru-

po ha incidido en cambios con respecto a las demandas de consultas que solías hacer?

	Más consultas	Menos consultas	Igual
— Médico de cabecera	1	10	16
— Consulta de Urgencias	0	8	19
— Unidad de Salud Mental	3	9	15
— Ingresos hospitalarios	1	3	23

Con respecto a la pregunta:

¿Crees que la participación en el grupo te ha motivado a hacer algún cambio con respecto a:

	Sí	No	No contesta
— A tener más amigos	9	7	12
— A cambiar de forma de vestir	3	10	15
— A arreglarte más	7	7	14
— A tener una mejor idea de ti mismo	18	2	8
— A ser más tolerante	16	3	9
— A comprenderse más	18	1	9
— A disfrutar más de los momentos	14	4	10
— A hacer cambios en la vivienda	5	9	14
— A buscar trabajo y ser más eficaz en él	11	7	10
— A resolver problemas	15	3	10
— A otros	7	1	20

CONCLUSIONES

Con este trabajo contestamos la valoración positiva por parte de los pacientes, del trabajo que ellos realizaron en la terapia de grupo.

Encontramos datos objetivos sobre la eficacia del trabajo realizado en la terapia de grupo psicodramática.

Los resultados obtenidos en la muestra apuntan a la disminución de la utilización de los servicios públicos de salud.

Ninguno de los encuestados negó haber tenido problemas con la Salud.

Se señala la mejoría en la calidad de vida de los pacientes, se consideran más tolerantes y más eficaces. Queda demostrado que los pacientes llegan a tener una mayor comprensión y conocimiento de sí mismos y a conocer mejor su propia enfermedad.

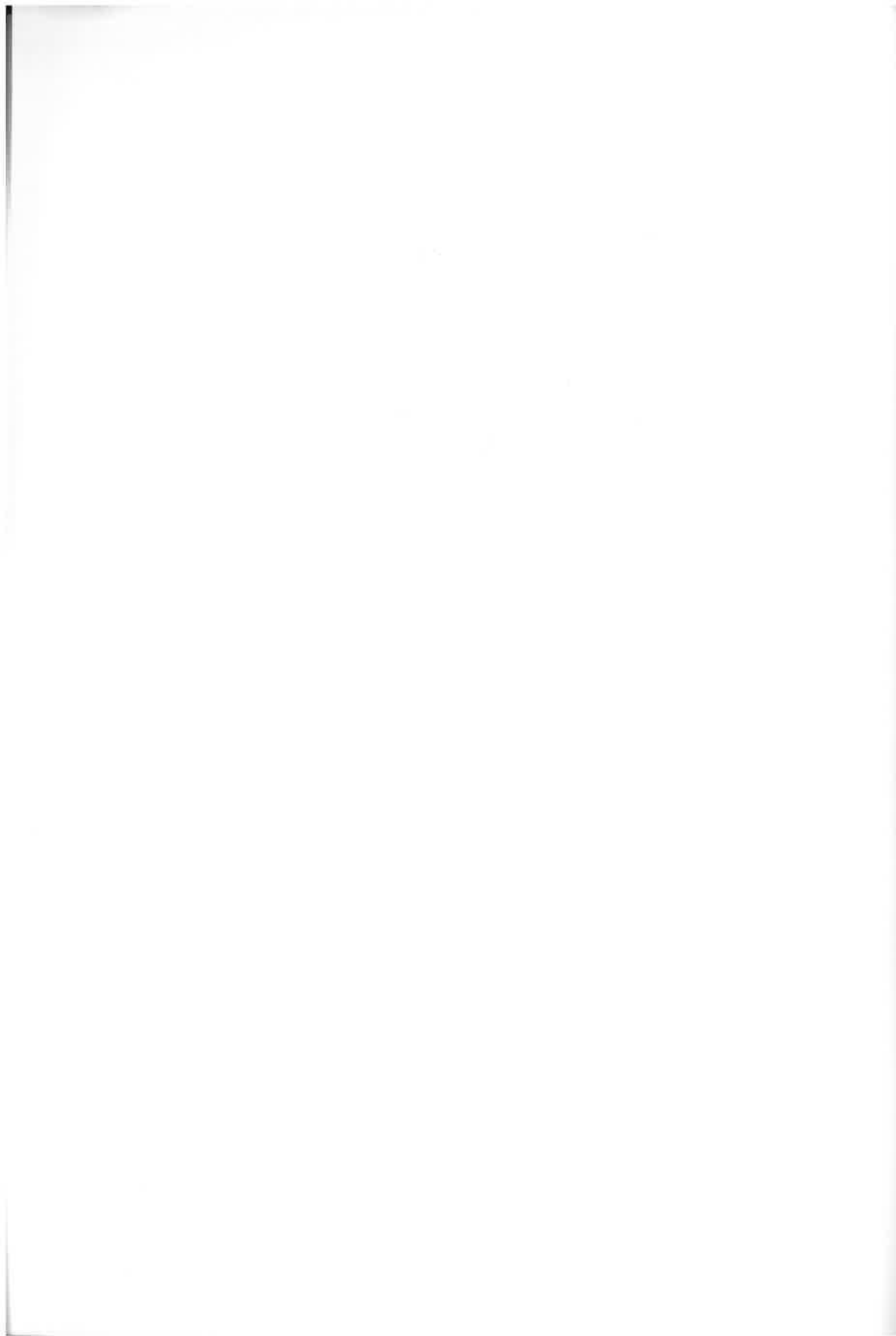
La falta de comunicación entre los equipos de Salud Mental, nos anima a empezar un tra-

bajo, que más que un punto final, nos dé un punto de partida para intercambiar informaciones sobre los trabajos que realizamos en las distintas psicoterapias. La Seguridad Social incluye dentro de su catálogo de prestaciones la TG; es bueno confirmar con datos la eficacia de la misma.

Somos conscientes de las limitaciones que tenemos para dar respuesta a las dificultades que los pacientes nos plantean como profesionales, pero también el estudio realizado nos anima a continuar en la línea de trabajar con la persona como un todo en su concepción bio-psico-social.

BIBLIOGRAFÍA

- BUSTOS DALMIRO, M.: *Psicoterapia psicodramática*. Biblioteca de Psiquiatría, Psicopatología y Psicosomática. Paidós. Buenos Aires, 1975.
- BUSTOS DALMIRO, M.: *Nuevos rumbos en psicoterapia psicodramática, individual, pareja, comunidad*. Momento. La Plata (Argentina), 1985.
- ESPINA BARRIO, J. A.: *La práctica del psicodrama en las instituciones*. III Reunión Estatal de la Asociación Española de Psicodrama. Informaciones Psiquiátricas, n.º 106, 4.º trimestre.
- ESPINA BARRIO, J. A.: *Psicodrama institucional y esquizofrenia*. En las I Jornadas Regionales de Salud Mental. «De las estructuras intermedias a la rehabilitación». Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental.
- FERNÁNDEZ ESPINOSA, A.: *Psiquiatría*. Interamericana McGraw Hill. Madrid, enero de 1995.
- HERRANZ CASTILLO, T.: *Psicodrama individual y bipersonal. Aspectos teóricos y metodológicos*. Vínculos, Revista de psicodrama, terapia familiar y otras técnicas grupales, n.º 1, Invierno 1991.
- GARRIDO MARTÍN, E.: *Jacob Leví Moreno, psicología del encuentro*. Sociedad y Educación. Madrid, 1978.
- MONTEJO GONZÁLEZ, A. L. y FERNÁNDEZ CARBALLADA, E.: *Diagnóstico de salud mental de la Zona de Salud de Béjar. Período enero-junio de 1989*. Insalud informa, noviembre 1989.
- MONTEJO GONZÁLEZ, A., FERNÁNDEZ CARBALLADA, E., MARCOS FERNÁNDEZ, M. L. y MORÁN CORRERA, M. J.: *Diagnóstico de salud mental en el centro de salud de La Alamedilla, Salamanca. Período 1990-1992*.
- MORENO, J. L.: *Psicoterapia de grupo y psicodrama. Introducción a la teoría y la praxis*. Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis. 1.ª edición, 1966. Fondo de Cultura Económica. Méjico, 4.ª reimpresión, 1987.
- MORENO, J. L.: *Psicodrama*. Iume, Hormé. Buenos Aires, 6.ª edición, 1993.
- POBLACIÓN KNAPPE, P.: *Técnicas activas en psicoterapia de grupo*. Revista de Psiquiatría y Psicología Médica, tomo XIV, n.º 1979.
- POBLACIÓN KNAPPE, P. (coordinador): *Apuntes de psicodrama*. Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama (I.T.G.P.), 1.ª vol. Madrid, 1990.
- PINTADO CALVO, A. et al.: *Psicóticos crónicos y psicodrama: valoración*. II Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama, «Aspectos técnicos y factores de cambio». Informaciones Psiquiátricas, n.º 115, 1.ª trimestre 1989.



ENCUENTRO CON EL DUELO Y LA MUERTE

(Primera Parte)

ELISA LÓPEZ BARBERÁ

Psicólogo clínico

P. POBLACIÓN KNAPPE

Doctor en medicina

Directores psicodramáticos

RESUMEN

Ante la constancia de que todo profesional de la salud se enfrenta frecuentemente con los problemas de la muerte y el morir, los autores se plantean la necesidad de desarrollar un programa de preparación y formación ante estas situaciones que abarca tanto los aspectos teóricos como los técnicos y los emocionales. A través de la aplicación de un diseño de trabajo psicodramático realizado por uno de los autores, se persigue una mejor preparación para los profesionales que han de ayudar tanto a pacientes terminales como en situaciones vinculadas con la muerte y el duelo.

Palabras clave

Duelo - Muerte - Psicodrama.

ABSTRACT

Due to the existing evidence that all health-care professionals often face problems related to death, the authors of the following paper consider the urge to develop a training program. The program created comprises theoretical as well as technical aspects. Through the application of a Psychodramatic model, developed by one of the authors, a better preparation for pro-

fessionals who have to help terminal patients, as well as patients in situations related to death and mourning, is sought.

Key words

Mourning - Death - Psychodrama.

INTRODUCCIÓN

La idea de hacer la presentación del trabajo en el espacio de esta reunión surge de nuestra impresión sobre la existencia de un momento compartido en el que está cobrando un gran relieve el tema de la muerte.

Desde nuestro protagonismo psicodramático y sociodramático en la diversidad de átomos que engranan nuestra historia y el devenir histórico del que formamos parte, asistimos a momentos de muerte y renacimiento tanto propios como de otros y a su inevitable proceso renovador de duelo y de crecimiento.

Así los distintos significados de la muerte son el reflejo de diversos estadios y etapas que desde una visión relacional, están simultáneamente presentes en organismos individuales, grupales y sociales. La muerte como símbolo de aniquilación o destrucción violenta, de pérdida, de castración, de muerte del líder, como encuentro consigo mismo, como disolución de la red vin-

cular de un sistema entre otros significados, supone la cristalización de diferentes etapas o estadios que diacrónicamente forman los eslabones de la cadena evolutiva a la vez que sincrónicamente delata la configuración de una estructura determinada.

Retomando nuestro espacio en el aquí y ahora, nos planteamos que no es causal la presentación de aportaciones de distintos colegas, con el común denominador del tema muerte/duelo.

Desde la eclosión y proliferación de distintas patologías biopsicosociales, somos mediante nuestro rol profesional un elemento presente en la demanda de ayuda y búsqueda de alternativas y recursos que contribuyan a paliar y modificar cuando ello sea posible, estas situaciones. La evidencia de esta realidad nos obliga a adaptarnos a ella mediante una sensibilización emocional cognitiva y conductual. Éste es un elemento de conexión.

Por otro lado el temor universal a la muerte, al saber que el propio proceso de la vida supone una aproximación imparitable al acto de morir, es por supuesto compartido por nosotros, los profesionales de la salud.

EL PROFESIONAL SANITARIO Y DE LA SALUD ANTE LA MUERTE

La muerte es una experiencia desconocida. Como dice VON WEIZSÄCKER es:

«El caso único de no saber nada».

La muerte nos acerca por ello a la angustia de la nada, a la disolución del yo, al vacío, a la soledad absoluta. Todos sabemos la certeza de nuestra muerte pero habitualmente no conocemos el momento en que ocurrirá.

De la obra de NATHANIEL BRANDEN *El respeto hacia uno mismo* tomamos este sustancioso párrafo:

«Discutíamos un día con un médico especializado en enfermos terminales sobre la actitud de nuestra cultura con respecto a la muerte y el hecho de morir. Hizo la siguiente observación: "Los médicos y enfermeras son los que adoptan la peor actitud. Es espeluznante la impotencia que demuestran frente a la muerte. Se vuelven insensibles, fríos, incluso crueles. En primer lugar, porque se moviliza su propio miedo a la muerte y, en segundo lugar, porque sienten que están fracasando. No aceptamos la muerte como un fenómeno natural. Así es que son pocos los médicos que saben tratar adecuadamente a los pacientes moribundos y a sus familias. Debemos empezar dándonos cuenta de

que nosotros mismos moriremos algún día. Si somos capaces de asimilar esto, podremos asimilar la muerte de nuestros pacientes. Pero probablemente sea el miedo a la muerte —y la negación de la muerte— la primera razón que empuja a muchos a entregarse a la práctica de la medicina"».

Los médicos con frecuencia eligen especialidades en las que tengan que tratar poco con la muerte y, por otro lado, las instituciones siempre ofrecen mayores posibilidades de evasión a los sanitarios de mayor graduación. Los médicos parecen olvidar que en su lucha con la enfermedad cualquier tratamiento no es más que una forma sutil de eutanasia, en cuanto ayuda a ir mejor al encuentro final con la muerte. En el otro extremo nos encontramos con los auxiliares de enfermería que son los que en toda la escala sanitaria suelen tener mayor contacto con el moribundo. Incluso, más allá, PERAZZO (1990) se pregunta:

«¿Quién sabe si de quien obtiene más consuelo el paciente moribundo no sea de la mujer de la limpieza?»

Curiosamente solemos encontrar el mayor miedo a la muerte en las personas que tienen mayor miedo a la vida. La experiencia nos muestra que son aquellos que viven atenazados, constreñidos, por temores, fobias, inseguridades, autoexigencias extremas, en resumen todo aquello que limita la espontaneidad, que dificulta un disfrute más pleno de la vida. La insatisfacción de vivir el presente, la postergación constante de los proyectos existenciales pequeños y grandes, provoca un extremo temor a que llegue el momento final y quede la vida como un camino fracasado.

Por el contrario vemos que aquellas personas que enfrentan a lo largo de su vida nuevas situaciones, cambios, avatares, es decir *las pequeñas muertes* tienen luego menos miedo a la *gran muerte*. Todo cambio es una muerte parcial de lo que ha sido hasta ahora y un renacimiento a lo nuevo, por ello se dijo que la muerte es el paradigma de todo cambio.

El miedo a la muerte aumenta, como dijimos, cuando no se avanza, cuando quedan irresueltas, frenadas, las exigencias de cambio en la vida. Con frecuencia, no sólo encontramos detrás de este temor a vivir situaciones neuróticas sino también más profundas fijaciones a las primeras etapas de la vida (las que llamamos escenas primigenia y diabólica [1985]) con lesiones debidas a experiencias de vinculación primaria de carácter agresivo o de vacío afectivo.

La muerte desencadena las más variadas fantasías, como desaparecer en la nada, quedar disuelto o descuartizado, ser devorado o caer en un abismo y muchas otras. La ansiedad de la muerte se constituye en el alfa y omega, origen y final, de toda ansiedad humana. Ante ella nos defendemos negándola, olvidándola, rechazando nombrarla, con síntomas somáticos, con un huir hacia adelante, con posturas omnipotentes, o hedonísticas, o cínicas, o... tantas como habilidad tiene cada ser humano para esconderse de esta realidad inevitable. Y es que en cuanto hecho biopsicosociológico hay que reconocer que cada vez es más difícil aceptar la muerte. Antes se moría en casa, rodeado de la familia, el hombre compartía sus sentimientos con sus familiares y amigos. Moría en casa, porque, a no ser caso de muerte súbita, escogía dónde, cómo y junto a quién morir. Los deudos no escondían sus expresiones de dolor, incluso en presencia del moribundo con lo que tanto aquellos como éste podían hacer una mejor elaboración del luto, de la ausencia, del morir y de la muerte, que era aceptada como un hecho natural. Último acto de la vida, vivenciado por tanto, como decimos los psicodramatistas, como un acto espontáneo.

Vivir y morir son diferentes fases de un proceso psicobiológico que llega a su fin por enfermedad, accidente, suicidio o senectud, completando el ciclo vital de ese individuo. Desde ahí se permitía razonar PARACELSO que

«todas las vidas duran el mismo tiempo, pues siempre se extienden del nacimiento hasta la muerte y siempre, por ello, es un todo encerrado en sí mismo por sus puntos limitantes».

Por supuesto aquí nos remite PARACELSO a un tiempo emocional, no matemático o cronológico. Y desde luego, desde el marco vivencial la vida de cada cual tiene su duración inconmensurable, igual a la de cualquier otro. La muerte actual en el hospital, aislado, solo, acompañado solamente de misteriosos aparatos y cables, en un ambiente aterrador no sólo no nos prepara para la muerte sino que nos lleva a negarla y rechazarla más aún.

El historiador P. ARIES nos facilita unas cifras significativas; en Nueva York morían en hospitales en 1955 el 69 % de los pacientes, ascendiendo hasta el 75 % en 1967. La cifra siguió posteriormente en alza. Se trata de la muerte como algo prohibido, tabú. Es la muerte como pornografía.

Como decíamos antes, la muerte aparece como paradigma de cualquier cambio, por ello cualquier pérdida significativa sigue y se ajusta

a los 5 estadios que describe ELISABETH KÜBLER-ROSS (1987) en el enfrentamiento del paciente terminal con el morir:

- Negación.
- Rabia.
- Regateo.
- Depresión.
- Aceptación.

Consideramos la más completa la lista de estadios que construye MARISOL FILGUEIRA (1992), con la adición de unas fases últimas, en las que precisamente se consolida el duelo y en las que es imprescindible casi siempre, y siempre importante, la intervención psicosocial:

1. Choque o embotamiento.
2. Negación y aislamiento.
3. Ira.
4. Pacto o regateo.
5. Depresión, desorganización, desesperanza.
6. Aceptación.
7. Decatexis - Desvinculación - Resolución (Interiorización).
8. Recuperación - Restablecimiento - Funcionalidad.
9. Revinculación.

Estas fases no se dan siempre de este modo tan limpio y lineal, se mezclan, vuelven atrás...

El proceso descrito aparece tanto ante la propia muerte como en el duelo por otras muertes o por otro tipo de pérdidas importantes. Todo el proceso se puede sintetizar en 3 fases¹:

1. No ha ocurrido.
2. Sí, pero no.
3. Sí.

Constantemente estamos refiriéndonos tanto a la muerte propia como a la ajena. Y es porque no sólo son procesos de duelo análogos sino porque sólo desde la aceptación de mi propia muerte puedo admitir la muerte ajena.

Por ello siempre partimos de dos conceptos básicos:

1. Mi muerte es tu muerte.
2. Muerte parcial frente a extinción total.
 1. Si no se acepta la muerte propia, el encuentro con el paciente terminal es inauténtico.
 2. Pérdidas y renunciaciones parciales (previas) facilitan la aceptación final.

Nos parece que S. PERAZZO (1990) expresa estos contenidos de un modo muy hermoso:

«Nuestra postura global tiene que cambiar, y este cambio sólo es posible a partir de una

1. Tomado de MARISOL FILGUEIRA (1992).

transformación interna. La percepción clara y ampliada sobre nosotros mismos delante de la muerte, nuestro miedo, nuestra finitud, nuestras pérdidas, nuestros preconceptos, es el único camino capaz de permitir una mejor percepción del otro».

PRESENTACIÓN DEL DISEÑO DE TRABAJO

Antecedentes

La idea inicial que dio lugar al actual diseño de trabajo surgió a través de la convocatoria efectuada por la doctora M. ÁNGELES BECERRRO, a profesionales en los que estaba presente la demanda de ampliar o adquirir recursos para manejarse con un grado de adecuación en la relación con pacientes terminales.

Su propósito consistía en establecer «un espacio de ayuda a profesionales que en su labor, se vieran abocados a desenvolverse con enfermos terminales y a proporcionales apoyo y/o tratamiento y, consecuentemente, prepararlos a morir».

La imposibilidad por parte de la doctora A. A. SHUTZZENBERGER para acudir a colaborar en la realización de un seminario para tal fin, desembocó en una toma de contacto con el doctor P. POBLACIÓN a través de la cual y partiendo del objetivo establecido, se fue fraguando la construcción del Seminario *El psicodrama y el paciente terminal*, en donde se aplicó la metodología diseñada por P. POBLACIÓN.

Los antecedentes que dieron lugar a su cristalización fueron numerosos y de diversa índole. Desde la creación del Departamento de Medicina Psicosomática en el Hospital Clínico Universitario (Madrid) que supuso la conexión e intervención tanto con pacientes como con el staff de Oncología y Nefrología, en donde estaba presente la angustia ante el enfrentamiento cotidiano con la muerte. A través del ejercicio privado en su doble vertiente clínica y docente. La relación psicoterapéutica con pacientes en procesos terminales que supone contribuir a co-crear la posibilidad de afrontar la liquidación material y emocional de asuntos pendientes significativos y la preparación psicoemocional para el último acto de la vida. El encuentro asiduo con la muerte a través de pacientes con amenaza de autólisis, con situaciones de duelo no elaborado frente a la pérdida de seres queridos y la vivencia de la muerte como metáfora de aquellas situaciones de crisis que entrañan un cambio o replanteamiento profundos.

En el área docente, la realización de semina-

rios destinados a profesionales sanitarios y en formación como psicoterapeutas. En ambos casos y desde la necesidad de aprendizaje análogo para esta situación, el objetivo establecido es *la ayuda a profesionales que a su vez han de ayudar a sujetos vinculados con la muerte y/o el duelo y a los pacientes en el proceso de morir, promoviendo «una buena muerte»*.

Para conseguir la meta propuesta, se abarcan simultáneamente aspectos técnicos y emocionales y que suponen un aprendizaje integrador. La información conceptual y el aprendizaje de técnicas de intervención se complementa con el encuentro y la modificación, si ello es posible, de aquellas dificultades emocionales asociadas a los propios temores ante la muerte.

La experiencia acumulada en esta trayectoria junto con el acuerdo con algunos autores, desembocó en el establecimiento de las siguientes hipótesis que han servido de guía para la confección del diseño de intervención:

- Si existen dificultades emocionales significativas que impiden la aceptación de la muerte propia, el encuentro tanto con situaciones en donde esté presente la muerte, como con el paciente terminal, será inauténtico.
- La posibilidad de integrar la experiencia de pérdidas y renuncias parciales previas, (*pequeñas muertes*), facilitan la aceptación final de la muerte como extinción total.

Vías de intervención

En la ejecución del seminario nos proponemos ofrecer modos de vivenciar *experiencias de encuentro con la propia muerte y con la muerte de seres queridos*. Pensamos que ello supone una preparación para una *mejor aceptación del morir propio y ajeno*.

En un segundo espacio se trabaja con situaciones planteadas por los miembros del grupo, en las que están presentes las dificultades generadas en la relación profesional con estos pacientes y estas situaciones.

Como psicodramatistas basamos nuestro trabajo en la psicoterapia de grupo y el psicodrama, manejando las relaciones interpersonales intragrupalas, el proceso dinámico de las redes sociométricas y el role-playing. Preparados por un caldeamiento previo, los protagonistas viven en el espacio de lo imaginario las emociones *como si* se tratara de la situación real correspondiente.

Metodología

A partir del encuadre anterior se ha desarrollado una metodología que en nuestra experien-

cia, permite sensibilizar, ayudar y formar a los profesionales que trabajan tanto en el campo de la ayuda paliativa emocional personal y familiar a los pacientes terminales, como a aquellos que en su labor, han de tener contacto con situaciones de muerte y/o duelo.

El proceso completo incluye una introducción teórica y el trabajo psicodramático, cada uno con los siguientes pasos:

Introducción teórica

Que denominamos «*Charlemos sobre la muerte*», en la que se destacan los temores y prejuicios presentes en estos temas y que prosigue con la exposición de los siguientes contenidos:

Fases del duelo según distintos autores.

Introducción teórica. Trabajo psicodramático:

KÜBLER-ROSS

- Negación.
- Rabia.
- Regateo.
- Depresión.
- Aceptación.

MARISOL FILGUEIRA

1. Choque o embotamiento.
2. Negación y aislamiento.
3. Ira.
4. Pacto o regateo.
5. Depresión, desorganización, desesperanza.
6. Aceptación.
7. Decatexis - Desvinculación - Resolución (interiorización).
8. Recuperación - Restablecimiento - Funcionalidad.
9. Revinculación.

WEISSMANN

1. No ha ocurrido.
2. Sí, pero no.
3. Sí.

BOWLBY

Ante la muerte inminente

- Desesperación existencial.
- Miedo a la muerte y del morir.
- Esperanza, valor, desesperación.
- Aceptación, negación de la muerte.

Los enfermos terminales: definición, entidades que suelen conducir a este síndrome, criterios diagnósticos,

complicaciones que desembocan en un criterio de irreversibilidad²

■ Definición

- Aquel paciente en el que, tras un diagnóstico seguro, hay certeza de la proximidad de la muerte, en un plazo menor a seis meses y para quien el tratamiento ha cambiado de curativo a paliativo.

■ Entidades que suelen conducir a este síndrome

- Cáncer.
- Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central.
- Cirrosis hepáticas.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Insuficiencia cardíaca congestiva.
- Insuficiencia renal crónica.
- Arterioesclerosis (hipertensión arterial, miocardiopatía, diabetes, senilidad).

■ Criterios diagnósticos

- Enfermedad causal de evolución progresiva.
- Pronóstico de vida corto.
- Estado general grave.
- Insuficiencia de órgano.
- Ineficacia comprobada de los tratamientos.
- Ausencia de otros tratamientos activos.

■ Complicaciones que conducen a un criterio de irreversibilidad

- Infecciones graves y sepsis.
- Fallo respiratorio.
- Hipotensión severa, oligoanuria.
- Embolia pulmonar.
- Coma metabólico.
- Hemorragia grave. Abdomen agudo.

Necesidades de los enfermos terminales

■ Necesidades (MASLOW)

- Necesidades fisiológicas o de supervivencia.
- Necesidades de seguridad y protección.
- Necesidades de amor y pertenencia.
- Necesidad de autoestima.
- Necesidad de autorrealización.

■ Necesidades (CECAS)

- Contacto frecuente con su médico de referencia en una relación de confianza.

2. De: *Compartiendo ese tiempo del enfermo terminal*. Comité de Ética. Orden Hospitalaria San Juan de Dios.

- Mantener una comunicación abierta, honesta, frecuente y continuada, por parte de sus cuidadores.
- Sentirse acompañado por la familia o allegados.
- Mantener su identidad personal.
- Espacio psicológico para elaborar la síntesis de su vida.
- Poder expresar libremente sus emociones, romper el *muro de silencio* que, por temor a hacer daño, con frecuencia mantiene la familia.
- Evitarle el sufrimiento producido por el temor a los síntomas, al abandono, y aliviárselos.

Ideas generales sobre el manejo de pacientes terminales

- Con todo p. t. debe plantearse intervención psicosocial
- Pero no todos los p. t. la precisan
- La aproximación es más fácil según se aproxima el momento de la muerte
- El profesional debe estar preparado
 - Habiendo enfrentado sus propias ansiedades ante la muerte.
 - Preguntándose cómo querría él ser tratado en tales circunstancias.
 - Con un conocimiento teórico.
 - Con un entrenamiento para la ayuda a bien morir.
- El propósito es facilitar una buena muerte
 - Coherente con los valores e ideales del sujeto.
 - Conocida y aceptada.
 - Sin dolor (físico, miedo, angustia, etc.) inútil.
 - Con oportunidad de solucionar asuntos pendientes.
 - Despedidas.
 - Liquidaciones emocionales.
 - Asuntos económicos.
 - Futuro de seres queridos.
 - Con dignidad.

Requisitos básicos para el manejo de pacientes terminales

REQUISITOS BÁSICOS

- Co-m-pasión
- Objetividad
- Preparación
- Dar seguridad en proteger y ayudar al paciente en sus necesidades
- Buen manejo del dolor, la rabia, la confusión...

- Soporte y contención de la angustia y el caos
- Respeto de las creencias
- Capacidad de escuchar y preguntar, conocer y *responder*
- Mantener un monto de esperanza
- Aceptación del momento del paciente
- Apertura a la comunicación del paciente
- Continuidad
- Aceptación de la muerte propia y de la del p. t.
- No sentirse culpable de estar sano (hoy)

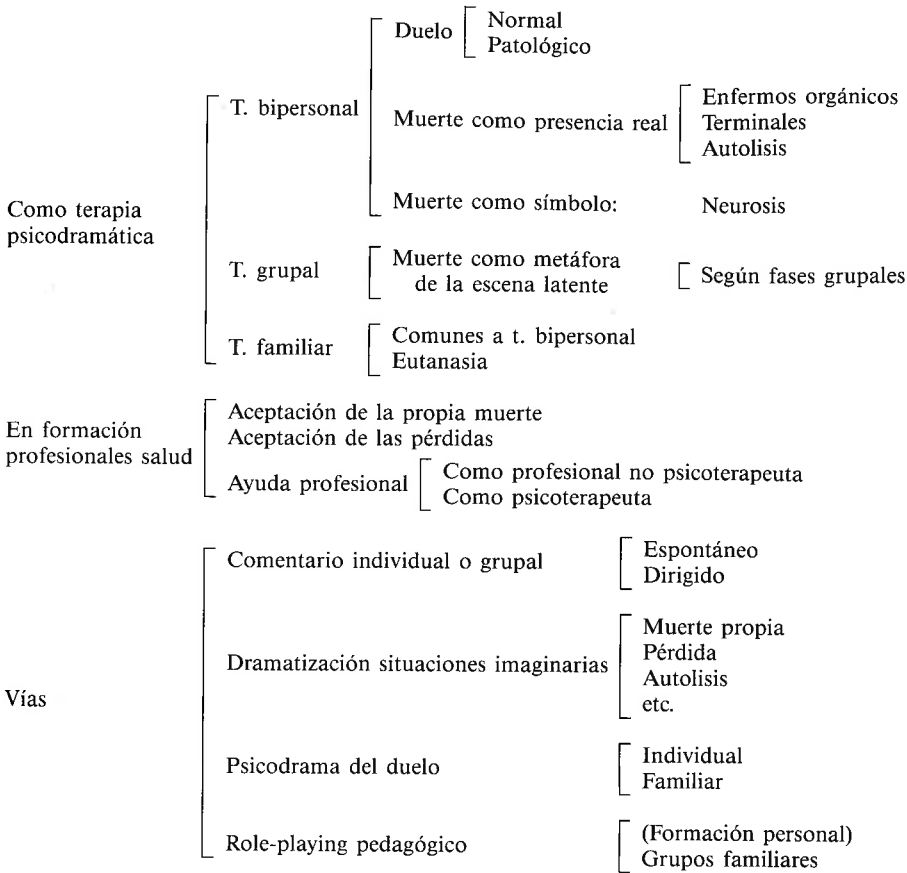
Actitudes básicas en la relación con el paciente terminal

CUANDO TENGA QUE CHARLAR CON EL P. T.

No se sienta culpable de estar sano (¡le llegará su hora!) y

- Acérquese, siéntese y tome una actitud abierta (disposición a la escucha)
- Pregunte el estado actual; cómo se encuentra
- Hable claramente:
 - Sin jerga profesional.
 - Sin filosofar sobre la muerte.
 - Sin negar la realidad.
 - Sin discutir sus creencias religiosas.
 - Sin falsas esperanzas.
 - Sin preguntas idiotas (¿Tiene miedo a morir?).
 - Sin tópicos ni frases vacías.
 - Sin engañar.
- El paciente desea (y tiene derecho a):
 - Ser escuchado.
 - Hablar de sí mismo.
 - Ser informado.
 - Tratar asuntos personales (futuro de los hijos y la pareja, seguros, herencia...).
 - Ser confortado en su dolor emocional.
 - Ser ayudado en su dolor físico (analgésicos).
- Ayudarle, en lo posible, a reconciliarse con su vida y aceptar la inevitabilidad de la muerte (a nadie se le exige ser omnipotente)
- Y procure ponerse en su lugar para todo lo que pueda faltar aquí

Una introducción teórica sobre el abordaje de la muerte desde el psicodrama



Este último apartado sirve simultáneamente como caldeamiento para el trabajo activo grupal.

Trabajo psicodramático

Desarrollado a través de la realización de cuatro ejercicios, siguiendo a cada uno de ellos la aplicación de un cuestionario.

Todos los ejercicios se ajustan a las fases de caldeamiento o preparación, dramatización o puesta en escena y puesta en común o comentario grupal.

Diálogo por díadas

(Realización del primer ejercicio y aplicación del primer cuestionario).

Se procede a una elección sociométrica de las parejas. Cada díada charla sobre fantasías y experiencias personales en torno al morir y la muerte, refiriéndose tanto a sí mismos como a familiares, amigos y pacientes, se finaliza con una puesta en común grupal.

Primer ejercicio

REFLEXIÓN SOBRE LA MUERTE Y EL MORIR

Elección sociométrica en función de:

«Elegir una persona con la que se desea y se tenga confianza para contarle las propias experiencias en relación a la muerte, los temores y las fantasías respecto al propio morir y experiencias pasadas y expectativas futuras de muerte de personas queridas. Reacciones ante esta muerte y la de los pacientes de que somos responsables».

«La elección debe ser mutua».

Tiempo de elección = 10'.

Cada pareja buscará un espacio para estar cómodos y poder charlar sobre todos estos temas. «Tendrán 20 minutos para ello». (Se presupone una prórroga de 5-10 minutos).

Vuelta al grupo.

Comentario con puesta en común (= media hora).

Aplicación del primer cuestionario.

Primer cuestionario N.º del participante

Los cuestionarios que vamos a entregar tienen dos finalidades:

1. Colaborar en el proceso de elaboración personal de las experiencias vividas en los distintos ejercicios, a través de la reflexión obligada para cumplimentar los cuestionarios.

2. Procurar un material que, una vez procesado, permitirá a los monitores perfeccionar la técnica en sucesivos seminarios.

(Esta información previa está contenida en el primer cuestionario).

(Rodear con un círculo la opción elegida).

— Edad Sexo H M Casado/a Soltero/a

— Profesión que ejerce

— ¿Trabaja con enfermos terminales? SÍ NO

— Si la respuesta ha sido afirmativa, ¿desde hace cuánto?

— ¿Tiene que ayudarlos para su muerte? SÍ NO

— ¿Ha tenido experiencia en este terreno? SÍ NO

Sobre el ejercicio:

Sobre qué punto ha puesto más hincapié (+) y menos hincapié (—):

— La muerte en teoría

— Su posición ante el proceso de morir

— Sobre su propia muerte

— Sobre la muerte de otros

¿Qué sentimientos ha vivido durante esta charla? (Denomine hasta 5 usando una sola palabra para cada uno):

Después de esta charla se siente con mayor:

temor angustia inquietud tranquilidad relajación igual

Ejercicio psicodramático de encuentro con la propia muerte

(Realización del segundo ejercicio y aplicación del segundo cuestionario).

Se parte de diadas elegidas sociométricamente. Cada uno ayuda al otro —mediante la coordinación general del psicodramatista— a enfrentar tres pasos que denominamos agonía, muerte y segunda oportunidad. Las tres opciones son dramatizadas. Se finaliza con un intercambio entre los componentes de la diada y a continuación con una puesta en común grupal.

Segundo ejercicio

MI PROPIA MUERTE

Todos sabemos que moriremos pero ahora lo *sabemos de verdad*. Vamos a morir en unos minutos.

«Este ejercicio persigue tomar contacto en lo imaginario con la propia agonía y muerte. Comenzaremos por elegir una pareja; en la primera mitad del ejercicio un miembro de la pareja será el que viva la experiencia y el otro estará a su lado como monitor, su función será ayudarlo a caldearse, no representará ningún rol de amigo o familiar. Al cabo de media hora cambiaremos los papeles, pasando el que ha tenido el de monitor a vivir su propia experiencia». (Elección de pareja.)

«Ya elegidos por diadas decidir quién será el primero en hacer la experiencia...»

«La experiencia tendrá tres partes, a las que llamaremos agonía, muerte y nueva oportunidad. Es decir, la persona que pasa la experiencia, acostada, con el monitor a su lado, se planteará en primer lugar qué está en la *agonía*, lo que dará lugar a reflexionar sobre lo que se está sintiendo (sensaciones y sentimientos: pena, rabia, soledad, tranquilidad, impotencia, etc.), lo que quedó pendiente de hacer y de decir, lo que plantean los que quedan vivos (hijos, pareja, padres) lo que se tema y/o espere del *otro lado* (otra vida, castigo o premio, reencarnación, nada...).

En un segundo tiempo se pasará a la *muerte*, «*estoy muerto*»; qué vivencia produce: disolución, nada, soledad, rabia, rebeldía, paz, tranquilidad, pena... Aceptación o no del «*nunca más*».

Por último se despertará a una *nueva oportunidad*: cómo se reciben, qué sentimientos provoca, ¿cambiará algo la vida?, nuevos proyectos, propósitos de reconstruir lo que quedó pendiente al morir».

«Avisaré 5 minutos antes del final del ejercicio de media hora».

(Dejar unos minutos antes del cambio de roles).

(Al cambiar de roles volver a caldear repitiendo las instrucciones).

Comentario por parejas.

Comentario grupal.

Tiempo calculado del ejercicio:

Preparación, caldeamiento, instrucciones:	10'
1/2 hora para cada miembro de la diada:	60'
Descanso entre ejercicio de cada miembro:	5'
Comentario entre los miembros de la pareja:	15'
Comentario grupal:	30'
Rellenar cuestionario:	10'

Total: 2 h. 10'

La finalidad de este ejercicio es una toma de contacto con los sentimientos y fantasías que despierta el propio proceso de morir y la propia muerte. Una mejor comprensión y aceptación preparará para enfrentar más serenamente la muerte del otro.

Segundo cuestionario

LA MUERTE PROPIA Adhiera aquí
su n.º de participante

1.ª parte: AGONÍA

Los sentimientos predominantes fueron:

pena	angustia	rabia	impotencia	tranquilidad	soledad
------	----------	-------	------------	--------------	---------

otros

Preocupación por

Imaginaba *el otro lado*, como:

Dejó resuelto:

2.ª parte: MUERTE

Los sentimientos predominantes fueron:

soledad	vacío	horror	disolución	tranquilidad	descanso
liberación	rebeldía				

otros

Aceptación de la muerte: SÍ NO

3.ª parte: RENACER

Los sentimientos predominantes fueron:

alegría	rechazo	liberación	temor
---------	---------	------------	-------

otros

¿Se planteó algún cambio en la vida? SÍ NO

en caso afirmativo:

**Ejercicio psicodramático
de encuentro con la muerte
de seres queridos**

(Realización del tercer ejercicio y aplicación del tercer cuestionario).

Se parte de díadas elegidas sociométricamente. Cada uno de los miembros de la pareja hace de yo-auxiliar en el rol de «muerto que el protagonista ha elegido». Se finaliza con el comentario intra parejas y posterior puesta en común en el grupo.

Tercer ejercicio**MUERTE DE UN SER QUERIDO**

Caldeamiento: «Pensar cada uno en un ser querido que temáis perder. Puede ser un hijo, uno de los padres, la pareja, un gran amigo... No os quedéis sólo con aquellos que se prevea la muerte por su edad o por enfermedad, la muerte puede sorprender a través de una enfermedad fulminante, por un accidente... Nunca se puede preveer quién va a morir. Centraros por ello en alguien querido,

muy querido. Estará muerto y vosotros estaréis a su lado».

Elección yo-auxiliar: «Elegir cada uno a otra persona que tomará el rol de aquel que habéis imaginado como muerto» (tiempo elección). «Lo único que le tenéis que transmitir es de quién se trata, a quién simboliza».

Ejercicio: «Buscar vuestro espacio. El que toma el papel del fallecido se acostará en el suelo, boca arriba, las manos unidas sobre el pecho. El que vive la experiencia se colocará a su costado» (esperar).

«Los que estáis al lado de vuestro fallecido cerrar los ojos. Imaginaros el ser querido en quién habéis pensado. Cuando estéis *mentalizados* imaginar de qué ha muerto, cuánto tiempo hace (minutos, horas, un día...) cómo fue su agonía, si estuvisteis a su lado o lo encontrasteis ya muerto, si pudisteis hablar con él y en su caso de qué hablasteis».

Después de esta reflexión, ved si queréis hablarle (hacedlo en voz baja para no perturbar a los demás). El que está en el rol de muerto no puede contestar ni moverse. Ved si queréis tocarle o no».

«Yo avisaré dentro de 20'».

(A los 20 minutos interrumpir, dejar de 2 a 5' de encuentro de los participantes de la pareja y para que el yo-auxiliar comuniche lo que ha vivido desde el rol de muerto. Levantar todos y pasar a ejercicio los que hacían de muerto tras una nueva elección).

(Ejercicio de la segunda mitad de los miembros).

Comentario grupal.

Aplicación de cuestionarios.

Tiempo calculado del ejercicio:

Caldeamiento y elecciones (2):	25'
Ejercicios:	60'
Comentario grupal:	20'
Aplicación cuestionarios:	15'
Total:	2 horas

La finalidad de este ejercicio es el encuentro con las propias reacciones ante la muerte de un ser querido. Como entrenamiento para futuras pérdidas de estas personas y ante la muerte de los pacientes.

Tercer cuestionario

LA MUERTE AJENA Adhiera aquí
su n.º de participante

— ¿A quién eligió como muerto?

— Causa de la muerte:

— ¿Había podido hablar con él? SÍ NO

— ¿Ayudó a bien morir? SÍ NO

— ¿Qué sintió ante la persona muerta?

rabia	pena	alivio	liberación	tristeza	culpa	fracaso
-------	------	--------	------------	----------	-------	---------

otros

Role-playing pedagógico de casos

(Realización del cuarto ejercicio y aplicación del cuarto cuestionario).

Mediante la técnica de Philip 66 se eligen los casos de mayor interés para el grupo y los protagonistas que intervendrán en el desarrollo del role-playing. Se trata de un proceso de aprendizaje sobre situaciones profesionales actuales, reales o imaginadas.

Este espacio puede limitarse a una breve demostración de algunos casos con una duración de algunas horas o extenderse hasta constituirse en un programa de formación de duración más amplia y siempre en función de las necesidades del grupo demandante.

Cuarto ejercicio

AYUDANDO A UNA BUENA MUERTE

- Role-playing pedagógico.
- Ayuda profesional al paciente terminal.

Cuarto cuestionario Adhiera aquí su n.º de participante

Role-playing

- ¿Intervino personalmente en el role-playing? SÍ NO
- En caso afirmativo, ¿en qué rol?
- ¿Le fue útil el role-playing? SÍ NO
- En caso afirmativo, califique su utilidad de 1 a 5 (5 como máxima utilidad)
- En caso negativo, especifique por qué

Antes del inicio del seminario y al finalizar el mismo se aplican cuestionarios.

Cuestionario previo al inicio del seminario

Describa tres situaciones que le resulten conflictivas y/o difíciles en su relación con pacientes terminales.

Situación 1:

- Dificultad emocional Alta Media Baja
- Dificultad técnica Alta Media Baja

Situación 2:

- Dificultad emocional Alta Media Baja
- Dificultad técnica Alta Media Baja

Situación 3:

- Dificultad emocional Alta Media Baja
- Dificultad técnica Alta Media Baja

Cuestionario del seminario en general

- ¿Le ha sido útil su asistencia al seminario? SÍ NO
- En caso afirmativo, califique de 1 a 5
- En caso negativo, explique los motivos
- ¿Ha significado algún cambio en su actitud frente a:
 - su propia muerte? SÍ NO
 - la muerte de seres queridos? SÍ NO
 - la muerte *del otro*? SÍ NO
 - la ayuda a pacientes terminales? SÍ NO
- ¿Preferiría no haber asistido? SÍ NO (no asistir) (asistir)
- Considera que ha sido:

suave	normal	duro	muy duro
-------	--------	------	----------
- ¿Se ha sentido ayudado por los monitores? SÍ NO
- ¿Le han ayudado adecuadamente sus compañeros? En:
 - Primer ejercicio SÍ NO
 - Segundo ejercicio SÍ NO
 - Tercer ejercicio SÍ NO
 - Role-playing SÍ NO

A través de los cuestionarios obtenemos información sobre las expectativas de los participantes y sobre diversos aspectos de la experiencia como emociones vividas, relación con el otro miembro de la diada, opiniones acerca de los ejercicios, etc.

Con estos cuestionarios perseguimos:

- Obtener un material de reflexión, elaboración y perfeccionamiento del seminario.
- Surtir a los miembros del grupo de una vía de reflexión personal a través de los ítems abordados en los cuestionarios.

Actualmente nos encontramos confeccionando un cuestionario para utilizarlo como pre-test y post-test, con objeto de valorar la efectividad del seminario con respecto a cambios de actitudes y conductas de los miembros participantes, en su relación profesional con situaciones relacionadas con la muerte y con pacientes terminales.

VALORACIÓN PROVISIONAL DE RESULTADOS

Hemos seleccionado tres grupos para comenzar a valorar los resultados. Los expuestos en este trabajo son un esbozo en el que presentamos una primera aproximación sobre la información recogida en el primer y último cuestionario.

PRIMERA PARTE DEL PRIMER CUESTIONARIO

Realizado en 3 grupos

- Grupo A: 13 sujetos.
- Grupo B: 20 sujetos.
- Grupo C: 19 sujetos.

Edad

Edades comprendidas entre:

Grupo A	Grupo B	Grupo C
23 y 40 años	26 y 48 años	26 y 63 años

Sexo

Grupo A	Grupo B	Grupo C
Mujeres, 11 (85 %)	Mujeres, 15 (75 %)	Mujeres, 11 (58 %)
Hombres, 2 (15 %)	Hombres, 5 (25 %)	Hombres, 8 (42 %)

Profesiones

Grupo A	Grupo B	Grupo C
Educadores, 4 Fisio- terapeutas, 1 Psicólogos, 6	Educadores, 5 Psicólogos, 5 Médicos, 3	Educadores, 5 Psicólogos, 6 Psico- terapeutas, 2 Médicos, 5 ATS, 1
Médicos, 1 Psiquiatras, 1	ATS, 3 Trabajadores sociales, 2 Auxiliares psiquiátricos, 2	
Total, 13	Total, 20	Total, 19

Trabajan con pacientes terminales

Grupo A	Grupo B	Grupo C
Sí, 4 (31 %) No, 9 (69 %)	Sí, 8 (40 %) No, 12 (60 %)	Sí, 15 (79 %) No, 4 (21 %)
Total, 13	Total, 20	Total, 19

Tiempo trabajado con pacientes terminales

Grupo A	Grupo B	Grupo C
Entre 1 y 15 años	Entre 1 y 25 años	Entre 4 meses y 25 años

De estos profesionales tienen que ayudarlos al proceso de morir

Grupo A	Grupo B	Grupo C
Sí, 4 (100 %)	Sí, 5 (62,5 %) No, 2 (25 %) A veces, 1 (12,5 %)	Sí, 2 (13 %) No, 3 (20 %) A veces, 10 (67 %)
Total, 4	Total, 8	Total, 15

Experiencias previas en este terreno (asistencias a cursos, seminarios, etc.)

Grupo A	Grupo B	Grupo C
Sí, 4 (31 %) No (0 %) No trabaja con E. T. pero tiene experien- cia, 2 (15 %) No contesta, 7 (54 %)	Sí, 6 (30 %) No, 2 (10 %) No trabaja con E. T. pero tiene experien- cia, 6 (30 %) No contesta, 6 (30 %)	Sí, 10 (53 %) No, 5 (26 %) No trabaja con E. T. pero tiene experien- cia, 2 (10,5 %) No contesta, 2 (10,5 %)

CUESTIONARIO DEL SEMINARIO EN GENERAL

(Aplicado al finalizar toda la experiencia).

1. ¿Le ha sido útil la asistencia al seminario?	Grupo A	Grupo B ³	Grupo C
Sí	13 (100 %)	19 (100 %)	19 (100 %)
No			
Total	13	19	19

2. En caso afirmativo, valore de 1 a 5	Grupo A	Grupo B	Grupo C
1			
2			
3	2 (15 %)	5 (26 %)	
4	4 (31 %)	11 (58 %)	8 (42 %)
5	7 (54 %)	3 (16 %)	11 (58 %)
Total	13	19	19

3. En ningún caso.

4. Cambio de actitud frente a muerte propia	Grupo A	Grupo B	Grupo C
Sí	12 (92 %)	15 (79 %)	14 (74 %)
No	—	4 (21 %)	5 (26 %)
No sabe/ No contesta	1 (8 %)		
Total	13	19	19

3. No se encontró el cuestionario del participante número 2.

CONCLUSIONES PROVISIONALES

Como hemos señalado anteriormente, nos encontramos en un proceso de análisis de datos y valoración de resultados que esperamos ofrecer en la presentación de la segunda parte de este trabajo en el próximo Congreso Internacional de la I. A. G. P.

Queremos señalar que las conclusiones que se vayan extrayendo nos parece pueden resultar significativas al disponer de una muestra de 52 sujetos que han realizado esta experiencia.

La valoración provisional del cuestionario del seminario general nos resulta reveladora y nos alienta a continuar profundizando en esta labor.

A la vista de los resultados, pensamos que este enfoque psicodramático puede resultar útil para la consecución de los objetivos establecidos. Sin embargo, queda por delante una ardua y rigurosa tarea que confirma la validez de estos resultados tanto desde el análisis exhaustivo de datos como del seguimiento post-seminario.

BIBLIOGRAFÍA

- BAUDRILLARD, J.: *El intercambio simbólico y la muerte*. Ed. Gallimard. Caracas, 1976.
- **COMITÉ DE ÉTICA: *Compartiendo ese tiempo del enfermo terminal*. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Provincia de Castilla. Madrid, 1992.
- FILGUEIRA, M.: «Pranto», *psicodrama popular contra el duelo patológico*. Revista Vínculos, n.º 4, 1992.
- **KÜBLER-ROSS, E.: *Sobre la muerte y los moribundos*. Ediciones Grijalbo. Barcelona, 1987.
- LÓPEZ BARBERÁ, E.: *Labor psico-social en el tratamiento de enfermos crónicos renales*. Escuela de Formación Social. Madrid, 1971.
- MORIN, E.: *El hombre y la muerte*. Ed. Kairós. Barcelona, 1994.
- *PERAZZO, S.: *Descansem em paz os nossos mortos dentro de mim*. Francisco Alves. Rio de Janeiro, 1990.
- POBLACIÓN, P.: *La escena primigenia y el proceso diabólico*. Revista Encuentro, n.º 1, octubre 1985.
- SÁDABA, J.: *Saber morir*. Libertarias. Madrid, 1991.
- *SLAIKEN, K. A.: *Intervención en crisis*. Ed. El Manual Moderno, S. A. México, 1984.

* Lectura especialmente recomendada.

EL PSICODRAMA COMO INSTRUMENTO GLOBALIZADOR EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE PSICÓTICO

M.^a ANTONIA FORTEZA
ELISA LOSANTOS
ELVIRA CLARIANA
M.^a JESÚS RODRÍGUEZ

Hablando de la puesta en escena TOSQUELLES en su libro *L'Enseignement de la Folie* (1982) dice:

«El profesor MIRA, y yo no pienso que sea para vanalizar la cosa, habla del conjunto de la existencia humana como de una serie de producciones y de reproducciones teatrales... Recuerdo una de nuestras cenas en el Institut Pere Mata, a continuación del trabajo y de la formación en el oficio de psiquiatra. Esos propósitos se infligieron por nuestra asistencia a la representación de un drama de IBSEN, que trataba de unos enfermos y de sus cuidadores. No tenía entonces más que dieciocho años pero recuerdo que MIRA dijo que en todos los dramas representados, fueran de IBSEN o de cualquier dramaturgo, estaba siempre la cuestión de la *Ibsené*, es decir, que estremecen y ponen en cuestión el encuentro con el Otro».

En el trabajo cotidiano con pacientes psicóticos son muchas las veces en las que los dispositivos creados para el tratamiento se hallan dispersos con lo que no se recoge todo el material vertido por el sujeto en los espacios terapéuticos por los que se mueve.

El marco de la Psicoterapia Institucional nos brinda la posibilidad de mantener una escucha permanente y enlazada que permite dar sentido a lo que va poniéndose en juego en los diferentes lugares, manteniendo ese hilo conductor en que hilvana los diferentes lugares por los que discurre el sujeto en su devenir cotidiano. Así, por ejemplo, la intervención de la trabajadora familiar en el domicilio aportará información al equipo del Centro de Día y a su vez desde este contexto se entenderá el discurso que aparece en la entrevista individual. Podemos ver esto en una

situación concreta: Armando tiene 28 años; vive con su madre y una hermana. Aquel día la trabajadora familiar del CAP acudió a su domicilio para informarse del estado de Armando dado que había dejado de asistir al Centro de Día. Abre la puerta él mismo y la deja pasar hasta el salón, mientras va en busca de la hermana. La madre se apresura a explicar lo difícil que resulta la convivencia con su hijo. «No puede venir nadie a casa». «Se levanta muy tarde, cuando ya no queda nadie en casa». «Por las noches ve la tele hasta altas horas de la madrugada». «No se puede tener ninguna conversación con él...». Cuando llega la hermana se añade al discurso de la madre. Armando calla, está ensimismado. Suena el teléfono. Lo caga la hermana: «sí, está bien... Y tú, ¿cómo estás...? Vale, ya le diré». Cuelga el teléfono y dirigiéndose a la madre comenta: «era Ángel (un amigo de Armando) que preguntaba por él (señalándolo) y que lo va a venir a ver esta tarde». Armando que continúa en la misma posición, sigue ignorado por la hermana. Ésta habla de él como si no estuviera.

Esta visita domiciliar se comenta en la reunión del equipo del CAP donde a su vez se aportan datos que han ido surgiendo en las entrevistas de seguimiento individual. Allí dice: «en mi casa sólo se puede estar a partir de las doce, cuando mi madre se ha ido a comprar y no queda nadie» (es la hora en que acostumbra a levantarse, según nos comentó la madre). «Por las noches puedo vivir tranquilo» (de aquella visita domiciliar se supo que al acostarse la madre y la hermana, Armando empezaba una actividad frenética en la casa, cocinaba, miraba la tele, fumaba, escuchaba música, hasta que caía rendido, acostándose de madrugada).

El equipo de CAP decide intervenir a nivel familiar. Se pautan entrevistas familiares periódicas en el domicilio llevadas a cabo por la trabajadora familiar y psiquiatra. A su vez se aborda el caso en coordinación con el Centro de Día, donde surge la necesidad de explorar el significado de aquella ausencia evidenciada, aquella posición de *ausente*. Veremos en el caldeamiento de una sesión de Psicodrama cómo Armando se hace *presente* llenándose de otro, cuando dice, «un hombre necesita una mujer para *ser*». Se entiende esta frase al conocer el contenido de su delirio —cree llevar a Luz Casal dentro— vertido en las sesiones individuales. Explica cómo sintió una vez que una luz entraba por su cabeza y se distribuía por todo el cuerpo «esa luz me hizo diferente». Ahí se centra el principio de la enfermedad. Más tarde en un ingreso refería que Luz Casal, la cantante, había entrado dentro de él. Luz canta:

«Si tienes un hondo pesar, piensa en mí, si tienes ganas de llorar, piensa en mí; cuando sufras, cuando llores también piensa en mí; ya ves que venero tu imagen divina, venero la boca que, siendo tan niña, me enseñó a pecar... Cuando quieras quitarme la vida, no la quiero, para nada, para nada me sirve sin ti...»

Este ingreso se produce tras la muerte del hermano por SIDA, hecho que provocó una descompensación con un posterior intento grave de autólisis.

Al salir de alta se retoma el caso desde el Centro de Día. En la psicosis los límites entre el adentro y el afuera son frágiles. Lo vemos en Armando cuando realiza compras de ropa, relojes, comida, cintas de música..., hasta agotar la paga. Todo esto es una manera de ir llenando el vacío que siente; esa ausencia de contenidos, a modo de puzzle, va creando un engranaje. Otra manera de desconectar con él afuera sería tapando todos los sentidos: así, es frecuente verlo con gafas de sol, o con auriculares, o la misma indumentaria (la chupa que utiliza tanto en invierno como en verano).

En los comentarios de una sesión de Psicodrama dice «me gustaría ser más un nómada, menos estático. Pero eso también tiene riesgos... Ir por las carreteras hacia delante, así es como se aprende de la vida». Se había estado hablando de cómo le gustaría ser a cada uno. Unos días más tarde comenta en el CAP que ha empezado a hacer viajes a otras poblaciones vecinas.

El Psicodrama es un espacio más del Centro de Día que se planteó para dar paso al lenguaje

corporal. Acuden entre 7 y 10 pacientes más el director y dos yo-auxiliares. Las sesiones son semanales y duran 2 horas, aproximadamente. Se utiliza como un instrumento en el tratamiento globalizador del paciente psicótico dado que juega diversos papeles: permite que surja lo emergente, facilita el trabajo de elaboración, ayuda en el diagnóstico, posibilita el aprendizaje de roles e incluso es un elemento contenedor. Daremos una pincelada, a continuación, de cada uno de estos aspectos sin perder de vista que ninguno de ellos se produce de forma aislada.

Tomás lleva años acudiendo al CAP. A sus cuarenta y tres años su queja manifiesta es la no-correspondencia de su amor platónico, una adolescente. Dice, en repetidas ocasiones, que nadie le quiere; que desde que su padre murió ya nadie le da un beso. Ni tan siquiera su madre, «aquella vieja bruja a la que tanto me parezco, —comenta—. Tomás vive una cotidianidad restringida por unos contenidos sintomáticos que apuntan a las dificultades en el contacto: repetitivo hasta la saciedad, nadie, ni sus hermanos, le hacen caso. En el CAP se decide que Tomás acuda a la sesión semanal de Psicodrama con el objetivo de intentar trabajar estos aspectos. En una sesión surge como emergente; durante el caldeamiento dice: «me tiemblan las manos...». «Un pensamiento me dice que me tire del balcón de mi casa». Se le brinda la posibilidad que dramatice, acercándole una silla se le sugiere que enseñe el balcón de su casa. Tomás duda. Describe en el escenario el espacio físico y vuelve a dudar. Al mismo tiempo que comenta «no puedo», se está tirando rápidamente... Armando lo mira; es el único paciente que le habla: «¡Cómo te has quedado!, ¡vaya caída!». «Muerto», dice Tomás. Otra paciente propone continuar ese final. Lo tapa con una tela blanca. Tomás, estirado en el suelo, quiere irse. El director le invita a continuar con el papel elegido. Tomás quiere irse. El resto del grupo empieza a dramatizar un entierro: «¡qué lástima...! ¡Con lo bueno que era...! ¡Y las cualidades que tenía...! ¡Tan joven...!». Tomás se queda. Habla. Pregunta, Levanta la cabeza. Abre y cierra los ojos repetidas veces. El grupo lo sitúa en el papel...

Mediante los yo-auxiliares se hace un acogimiento grupal del emergente, levantándolo con la ayuda de todos los componentes. Durante la fase de comentarios, Tomás no para de hablar mostrando la ansiedad de lo vivenciado.

Ese día no acude a la terapia individual que sigue en el CAP. Por la tarde desde el Área Bá-

sica de Salud, se pide intervención urgente dado que Tomás se ha tumbado en un paso de cebra, impidiendo el paso de vehículos. Se autoriza el ingreso en el hospital psiquiátrico.

Durante el internamiento verbaliza cómo se sentía después de *suicidarse*; sin tanta carga de ansiedad, sin la necesidad de estar a todas horas soportando aquella idea obsesiva. Habla, incluso, de sentirse libre. Van apareciendo otros contenidos, que, tras el alta significan el poder volver al trabajo en la huerta y la modificación de los vínculos familiares. El contacto interpersonal mejora. Las ideas de suicidio han desaparecido en su discurso. Cristina Rosales, en *La comprensión del Psicótico a través del Psicodrama* (1990) escribe: «dentro de la técnica psicodramática, el espacio-escenario permite que el protagonista represente sus propias escenas no resueltas, aquellos hechos que en la realidad están pendientes de solucionar y que son representados para facilitar la aparición de nuevos puntos de vista».

Jordi acude al CAP desde los 18 años, en la actualidad tiene 29. Su red social se limita a los componentes de la familia con los que mantiene escasos intercambios. Sale de su casa en contadas ocasiones, únicamente cuando es totalmente indispensable, es decir, lunes y viernes a la Terapia Ocupacional. La calle se ha ido convirtiendo en un lugar cargado de infinitos obstáculos imaginarios. Ha desarrollado abigarrados rituales obsesivos para evitar los *peligros* que le acechan. Explica que en algunas calles se le presentan malos pensamientos: «creo que van a matar a mi madre», y de camino al CAP evita pasar por algunas de ellas. Cuando ha de sentarse en un banco primero lo rodea para evitar de nuevo esos pensamientos. Al remitirlo al Centro de Día, se planteaba un objetivo fundamental: abrir su red social. Mediante la técnica de Juego de Roles, Jordi va poniendo sobre el escenario psicodramático diferentes conflictos relacionales que le llevan a hablar de la madre, del padre y de los intercambios afectivos en la familia, que generalmente son de carácter frío. A través de sus dramatizaciones van surgiendo estos conflictos y empiezan a trabajarse. Habla de sus deseos, verbaliza por primera vez sus ganas de tener relaciones sexuales, de conseguir una pareja. Empieza a salir con un amigo. Vamos viendo cómo el ámbito de relación se va abriendo, mediatizado por todos aquellos recursos que se le pueden ofrecer desde el entorno en el que reside y que ahora puede aceptar. Desde el Ayuntamiento surge la posibilidad de crear un equipo de voluntariado para el acompaña-

miento de ancianos en una residencia geriátrica. Jordi entra en este equipo. En el seguimiento individual en el CAP antes de la Navidades comenta: «teníamos que repartir regalos a todos los residentes; a mí me daba miedo, no lo había hecho nunca. Pero, en el fondo quería hacerlo... Al subir en el ascensor empecé a sentirme mal, muy nervioso, con dolor de cabeza... Un compañero me animó...». «Cuando estaba entregando los regalos me sentía otro, me fijé en la cara de felicidad que se le había puesto a una señora; la abracé y le di un beso». Aquella rigidez va diluyéndose, caen las defensas y las dificultades en el encuentro con los demás van disminuyendo.

Con todos estos retazos de momento hemos ido viendo como se estructura nuestro trabajo cotidiano con el paciente psicótico siendo el Psicodrama un instrumento enriquecedor en el tratamiento.

«El Psicodrama pone en escena el alma y sus problemas» escribe MORENO. A través de su concepción psicodramática de las relaciones humanas. MORENO define al hombre: su mundo personal, sus roles, sus interacciones, etc. Según el propio autor, cada uno de nosotros vuelve a encontrar en su vida la misma forma de desarrollar aquellos roles aprendidos. Así el escenario nos procura un medio, «un encuentro», con nuestros propios roles y con los de los demás, permitiendo la contraposición, la respuesta del individuo y del grupo. En la interacción se hallan inmersos todos los participantes, porque el psicodrama *se vive* como protagonista, espectador o director, etc., para MORENO el Psicodrama es una experiencia que busca la verdad, no sólo a través de la palabra sino también a través del gesto, y que tiene un tiempo: «el aquí y ahora» (el pasado vuelve o el futuro viene, pero siempre en relación con el tiempo psicodramático: el presente).

BIBLIOGRAFÍA

- KONONOVICH, B.: *Picodrama comunitario con psicóticos*. Amorrotu Editores, Buenos Aires, 1981.
- MORENO, J. L.: *Psicoterapia de Grupo y Psicodrama*. Fondo de Cultura Económico, 1959.
- MORENO, J. L.: *Psicodrama*. Editorial Hormé, 1981.
- ROJAS-BERMÚDEZ, J.: *¿Qué es el Psicodrama?* Ed. Celsius, Buenos Aires, 1984.
- ROSALES FONTCUBERTA, C.: *La comprensión del psicótico a través del Psicodrama*. Gedisa ed., Barcelona, 1990.
- TOSQUELLES, F.: *L'Enseignement de la Folie*. Ed. Privat, Toulouse, 1992.



INTERVENCIÓN GRUPAL PSICODRAMÁTICA EN PACIENTES CON SIDA

M.^a ÁNGELES BECERRO RODRÍGUEZ
CARMEN VICIOSO ETXEBARRIA

INTRODUCCIÓN

Vivimos la segunda década de la infección por VIH/SIDA, y el futuro de esta epidemia sigue siendo incierto, y la enfermedad cada vez más cercana. Sin embargo, se cumplen diez años desde que se empezó a controlar la infección a través de la implantación de las pruebas de detección de anticuerpos en la Comunidad Autónoma Vasca (C.A.V.), así como la implantación de programas informativos y de prevención. Con ello se ha conseguido frenar la transmisión por transfusión o hemoderivados, controlar médicamente la evolución de los seropositivos y su detección precoz, así como proteger a los niños infectados por transmisión vertical. Las campañas de prevención e información han dado sus frutos en la comunidad de toxicómanos donde ha disminuido la transmisión por compartir jeringuillas. Estas campañas no han llegado, sin embargo a concienciar a la población heterosexual en cuanto a las conductas de la utilización de preservativo ni se ha logrado la concienciación de la población general, que sigue mostrando actitudes de rechazo y estigmatización social.

En cuanto a la asistencia médica a los afectados, esta década se caracteriza por el gran avance de la investigación y la instauración generalizada de tratamiento antiviral en aquellos afectados que presentan un número bajo de células de defensa, así como la provisión de tratamientos profilácticos para prevenir las infecciones oportunistas que definen el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).

En este contexto donde la necesidad de información y de respuesta médica ya parece haber sido controlada, pasan a ocupar un primer plano las necesidades psicosociales de los sujetos seropositivos, tanto asintomáticos como sintomáticos. Además epidemiológicamente, cuando se cumplen diez años desde la detección de las primeras pruebas de detección, nos encontramos con una mayor prevalencia de enfermos de SIDA, asociada a:

- La mayor longevidad de los enfermos como resultado de los tratamientos médicos y profilácticos.
- La mayor duración de los períodos asintomáticos como resultado de los tratamientos antivirales y otros factores inespecíficos (estilo de vida, sano, apoyo emocional).
- Mayor incidencia de casos de SIDA ya que el promedio de duración del período asintomático es de ocho años aproximadamente.

Las necesidades psicosociales de los sujetos infectados por el VIH/SIDA son variadas y complejas; la mayoría de ellas son comunes a otras enfermedades crónicas: incertidumbre, miedo a la muerte, miedo a la dependencia, etc. Sin embargo, la discriminación y el rechazo social unido a su impacto psicológico en los afectados son características específicas de la infección por VIH/SIDA.

Estas necesidades psicosociales, en la C.A.V., están mediatizadas por el hecho de que el VIH afecta principalmente a personas con historial de drogodependencia (80 %), aunque aumenta

progresivamente la prevalencia de la infección por la vía de transmisión heterosexual. En estos casos de transmisión heterosexual la probabilidad de que la pareja transmisora haya sido o sea ADVP es del 46 %; si ésta es hombre la probabilidad es de 55 %; si es mujer la probabilidad de transmitirlo a su marido, amante es de 37 % (Instituto Carlos III, Madrid, 1992). Esto concuerda con el hecho de que existe una mayor facilidad de transmisión de la infección del hombre a la mujer que de la mujer al hombre. A partir de este breve análisis se concluye la necesidad de un acercamiento asistencial biopsicosocial integrado.

Desde este marco nos proponemos realizar una reflexión apoyada en la revisión bibliográfica de las aportaciones que desde la teoría de grupos y el psicodrama en particular sirvan para paliar y reconvertir las repercusiones psicosociales que dificultan la adaptación al diagnóstico de VIH/SIDA en nuestra Comunidad, partiendo de las siguientes hipótesis.

La intervención grupal

Incide directamente en un mejor ajuste adaptativo y por tanto, sería la respuesta asistencial eficaz a los trastornos de adaptación (ansiedad y depresión), manifestación psicológica más frecuente en los sujetos infectados y afectados (familiares, amigos, personas significativas). Esta intervención se puede dar en dos niveles:

- **Grupo de apoyo**, caracterizado por la relación de ayuda centrada en el grupo para favorecer el proceso de adaptación a la nueva situación.
- **Grupo terapéutico**, que promueve una nueva integración a través del conocimiento de uno mismo y el aprendizaje y desarrollo de nuevos roles.

El Psicodrama es un instrumento eficaz para favorecer el desarrollo de roles

A través de las técnicas psicodramáticas el grupo opera como microcosmos social para el aprendizaje y desarrollo de roles que permitan la adaptación creativa y espontánea a su nueva situación vital.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

El SIDA es un paradigma de la enfermedad médica que requiere un acercamiento biopsicosocial profesionalizado. Es decir, es un síndrome multifactorial con profundas manifestacio-

nes clínicas y reacciones psicológicas y sociales asociadas (COHEN, 1990).

Proceso de adaptación al diagnóstico de SIDA

El diagnóstico de SIDA conlleva un proceso de ajuste sujeto a una gama de reacciones críticas (GREEN, 1989).

Se distinguen cuatro fases comunes a todas las enfermedades terminales (COHEN, 1990):

Crisis inicial. Caracterizada por la negación, que se alterna con momentos de intensa ansiedad (BECKETT y RUTAN, 1990).

Estado transicional. Hay sentimientos de enfado, ira, culpabilidad y a veces devaluación del pasado.

Aceptación. Se forma una nueva identidad aceptando el SIDA y las limitaciones que impone, acompañado por el esfuerzo consciente de vivir plenamente manteniendo el compromiso en la relación consigo mismo y con los otros. Implica el reconocimiento cognitivo de la enfermedad, y la asunción de un rol activo frente a ésta, que supondría una disminución de las conductas de riesgo.

Preparación para la muerte. Este proceso ha sido descrito detalladamente por KÜBLER-ROSS (1989). Identifica cinco estadios como mecanismos de reacción que entran en funcionamiento durante una enfermedad mortal:

- **Negación.** La necesidad de este mecanismo existe en todos los pacientes alguna vez, más al principio de una enfermedad grave que hacia el final de la vida.
- **Ira.** Este sentimiento puede ser expresado a través de acusaciones contra los que están tratando de ayudar.
- **Pacto.** Consiste básicamente en promesas privadas, a modo de pactos secretos, encaminados a prolongar su vida.
- **Depresión.** Es el duelo por las pérdidas sufridas anteriormente (imagen corporal, personas queridas, trabajo, papel de esposa, marido o padre). Finalmente empiezan a sentir pena por la pérdida de la vida misma.
- **Aceptación.** Esta fase está casi desprovista de sentimientos. Es como si el dolor hubiera desaparecido y la lucha hubiera terminado. En estos momentos, generalmente, es la familia quien necesita más ayuda, comprensión y apoyo que el propio paciente.

En los enfermos de SIDA, las repetidas complicaciones y hospitalizaciones prolongan y com-

plican este proceso de reajuste (GLOVER, 1990). Además en estos pacientes se ve un mayor sentimiento de aislamiento y estigma social por su estilo de vida previo, se encuentran enfrentados a la muerte de compañeros jóvenes, lo cual dificulta la resolución de las primeras fases. Por otro lado y debido al contagio de la enfermedad, las relaciones sexuales están limitadas (SPECTOR y CONKLIN, 1987).

Trastornos de adaptación

Según Miller (1990), los trastornos de adaptación más frecuentes que pueden surgir a lo largo de este proceso se clasifican en *cuatro categorías*:

1. **Reacciones de adaptación.** Son perturbaciones emocionales pasajeras que surgen en el momento de la notificación de la enfermedad. Similares a las vistas en el contexto de graves sucesos vitales u otras enfermedades. Dichas reacciones implican trastornos emocionales o trastornos de conducta, tales como abuso de sustancias o actividades de alto riesgo.
2. **Trastornos de adaptación.** Se diferencian de las anteriores por su intensidad, cronicidad y larga duración. Una historia psiquiátrica previa está muy asociada con su aparición.
3. **Trastornos del estado de ánimo.** Se constata que hay una mayor tendencia a la depresión mediatizada por factores psicosociales. En sujetos homosexuales y heterosexuales estos trastornos suponen un 67 % de todos los trastornos psiquiátricos (DSM III).
4. **Desórdenes esquizofreniformes y paranoides.** Esta categoría se basa en la aparición de casos aislados de sujetos afectados por VIH o SIDA con alucinaciones.

Revisando diversos estudios sobre ansiedad y depresión en sujetos infectados por VIH parece que estos desórdenes fluctúan a lo largo del proceso de la enfermedad, apareciendo los mayores índices en momentos claves, tales como: notificación de seropositividad, inicio del tratamiento con AZT, diagnóstico de SIDA y primer ingreso (KING, 1990; PERRY et al., 1990; SAINZ-CORTON et al., 1990).

Preocupaciones que surgen en el contexto del diagnóstico de SIDA pueden dar lugar a una serie de síntomas ansiosos, que pueden ser malinterpretados por el sujeto como signos de empeoramiento de la salud: síntomas somáticos, trastornos del sueño, fatiga, dificultades cognitivas, cambios del humor, pérdida del impulso sexual (MILLER, 1987).

Muchos investigadores han concluido que el

estrés crónico es dañino tanto a nivel físico como inmunológico. (MILLER, 1987; SIEGEL, 1988; SCHÜTZENBERGER, 1991).

En definitiva, existe una clara necesidad de apoyo (CARBALLO y MILLER, 1989; GREEN, 1989) no sólo para reducir las conductas de riesgo y el mantenimiento de un nuevo estilo de vida, sino también para paliar la ansiedad que esto supone y promover la mejoría de la salud de los sujetos afectados por esta enfermedad.

Estas autoras (BECERRO y VICIOSO, 1992) demostraron que las puntuaciones en ansiedad y depresión en sujetos ex-toxicómanos en CRS o SIDA disminuían significativamente en sujetos con tratamiento grupal específico. En sujetos que no recibían psicoterapia grupal aparecían trastornos de ansiedad y depresión en un porcentaje elevado, sobre todo en aquellos que no trabajaban ni estaban en programas terapéuticos relacionados con su drogodependencia.

Intervenciones psicoterapéuticas

Las líneas de investigación epidemiológica que sigue la O.M.S. (SARTORIUS, 1993), se basan en principios de Salud Pública para la selección de los tópicos de investigación. Se da prioridad a los problemas que:

- Son frecuentes.
- Causan daño a la Salud Pública.
- Tienen una repercusión social grave.
- Presentan lagunas en el conocimiento para la resolución de dichos problemas.

El VIH/SIDA cumple los cuatro criterios que establece la O.M.S. para considerarle como problema prioritario de Salud Pública.

En cuanto a los trastornos mentales, relacionados con VIH/SIDA, la O.M.S. los considera como una categoría diagnóstica específica.

En un principio como respuesta a las necesidades psicosociales de los afectados surge el asociacionismo de los afectados y el voluntariado social; *Gay and Men's Health Crisis* se forma en EE.UU. al comienzo de los años 80 con el fin de proporcionar ayuda médica, sanitaria, legal y psicológica; y pronto empiezan a reivindicar la intervención profesional en estas áreas (GLOVER, 1990).

Desde el punto de vista profesional, el SIDA se comprende como un síndrome multifactorial, y por tanto el acercamiento desde los mecanismos asistenciales y de salud debe ser biopsicosocial. El médico solo no puede dar respuesta a las múltiples y graves complicaciones que el virus VIH trae a la vida del sujeto infectado (tabla I) (GLOVER, 1990).

TABLA I
Aspectos Biopsicosociales del SIDA. Cohen, 1990

BIO-	PSICO	SOCIAL
Infecciones Protozoos Neumonía <i>Pneumocistis Carinii</i> Encefalitis <i>toxoplasma gondi</i> Infección diseminada <i>T gondi</i> Enteritis <i>Cryptosporidium</i> Hongos Esofagitis por <i>Cándida</i> , candidiasis diseminada, meningitis por <i>criptococos</i> , neumonía por <i>criptococos</i> , daño cerebral por <i>criptococos</i> , infección diseminada por <i>criptococos</i> . Virus herpes crónico mucocutáneo, infección diseminada por <i>Herpes Zoster</i> , citomegalovirus del cerebro, citomegalovirus de la retina Bacterias <i>microbacterias avium-intracellulare</i> Cáncer Sarcoma de Karposi, linfoma del Sistema Nervioso Central	Síndromes cerebrales orgánicos. Delirio, demencia, síndrome orgánico del humor, síndrome delusional orgánico Trastornos afectivos. Depresión mayor, trastorno del humor Trastorno relacionado con abusos de sustancias Trastornos de la personalidad Personalidad antisocial, personalidad borderline Trastorno de adaptación Con humor deprimido, con humor ansioso Duelo	Alienación, pérdidas recientes, separación, ausencia de red familiar y social, ausencia de hogar, desempleo, problemas económicos, deshaucio, homofobia, problemas judiciales

La psicoterapia individual y grupal puede servir para contener ansiedades y miedos hacia relaciones sexuales y sociales (American Psychiatric Press, 1990). Tal y como afirma GREEN (1989), hasta que una cura aparezca, el consejo y la educación sanitaria son nuestras únicas herramientas para prevenir la transmisión y para optimizar el estado de aquellos que ya están infectados. Los sujetos diagnosticados de SIDA necesitan orientación en la realidad de su situación, que implica:

- Minimizar la incertidumbre.
- Entrenamiento en el manejo de situaciones difíciles (comunicación con la familia, pareja, etc.).
- Expresar sentimientos relacionados con la muerte.

Según SPECTOR y CONKLIN (1987), en los pacientes de SIDA el aislamiento social les hace difícil superar la pena existencial.

A pesar de la clara repercusión que tiene la infección por VIH/SIDA en la salud mental del sujeto infectado y sus allegados, destaca el escaso interés que parece despertar este tema que aparece poco representado en una revisión bibliográfica de artículos publicados en los últi-

mos cinco años en un área de psicopatología en cinco revistas de interés científico internacional (TALARN y CASTILLO, 1993) y, de las pocas que aparecen dan prioridad a los tratamientos farmacológicos sobre los psicológicos. Estas conclusiones pueden estar sesgadas por el tipo de revistas consultadas, debido a su línea más organicista.

Intervención grupal en pacientes con SIDA

Muchos autores (GLOVER, 1990; BECKET y RUTAN, 1990; FIELD y SHORE, 1992; TUNNELL, 1991; COHEN, 1990) coinciden en recomendar la intervención grupal como psicoterapia eficaz en personas con desajustes relacionados con el SIDA.

Los trabajos se basan en:

- Grupos heterogéneos.
- Focalización en los aspectos educativos y de soporte emocional y menos énfasis en el proceso terapéutico de cambio.

Las limitaciones que presentan los grupos heterogéneos llevan a los autores a concluir que existe la necesidad de crear un grupo lo más homogéneo posible, no sólo en cuanto a paráme-

TABLA II
Factores que amenazan la cohesión grupal. Tunnell, 1991

Factor	Efectos en el tratamiento	Guías clínicas
Muerte temprana	Abandonos Fin prematuro Negación emocional	Respetar negación inicial, de la muerte, la agonía Prepararse para la dificultad del duelo
Curso de enfermedad imprevisible	Ambivalencia con el miembro más enfermo Terapeuta se activa demasiado en su función de <i>ayudar</i> ante la percepción de «no poder hacer nada» Difícil continuidad entre sesiones El terapeuta focaliza demasiado en el individuo enfermo	<i>Normalizar</i> los sentimientos Animar los miembros a expresar sentimientos negativos y que otros pueden validarlos y contenerlos Notar cuando los miembros no se están ayudando y preguntar por qué Mantener el foco de las relaciones interpersonales entre los miembros del grupo
Desviación/estigma	Distanciamiento Negación del apoyo de otros Desvalorizar al otro por identificación proyectiva de lo negativo del yo. Falta de empatía hacia los otros	Animar expresión de sentimientos de vergüenza Proporcionar aceptación incondicional Favorecer la empatía Trabajar la autoafirmación y la autonomía

tros sociométricos, sino también con respecto a los estadios por infección por VIH. Esto facilita que los miembros del grupo se centren en lo que es común para aumentar la cohesión grupal y, a partir de ahí, analizar las variadas respuestas individuales (BECKET, 1990). El resultado de la terapia de grupo es más fácilmente cuantificable con poblaciones sintomáticamente homogéneas y grupos cerrados (WEINER, 1986).

TUNNELL (1991) analiza también la homogeneidad como factor que favorece la cohesión, y concluye que en los pacientes con SIDA es difícil conseguirla ya que intervienen otros factores que varían ostensiblemente, tales como las conductas de riesgo/estilos de vida, la psicopatología premórbida, el ciclo vital, etc.

Otros factores que amenazan la cohesión grupal son:

- Muerte de un miembro al inicio del grupo.
- Impredecibilidad del curso de la enfermedad.
- Desviación/estigma (tabla II, TUNNELL, 1991).

Según FIELD y SHORE (1992), los estudios publicados sobre Psicoterapia de Grupo y SIDA no proporcionan detalles sobre la Psicopatología, tratamiento, contratransferencia y problemas físicos. Sorprende que haya pocos estudios

de Psicopatología en enfermos de SIDA si tenemos en cuenta que estos trastornos aparecen con categoría de diagnóstico específico según criterios de la O.M.S. (SARTORIUS, 1993).

LIEBERMAN (1990) propone un marco de referencia para esclarecer las diferencias entre grupos de apoyo y grupos de psicoterapia (tabla III). Las dimensiones del análisis son:

1. *El grupo como microcosmos social.* Esta variable tiene más peso en un grupo de psicoterapia, donde se promueve el cambio a través de la exploración y reelaboración de las relaciones que se establecen en el aquí y ahora del grupo.
2. *Complejidad versus simplicidad de técnicas.* Está en relación con el carácter profesional o voluntario del líder del grupo. Las técnicas son complejas en los grupos de psicoterapia y simples en los grupos de autoapoyo.
3. *Distancia psicológica versus cercanía entre consultante y consultor.*
4. *Generalidad versus especificidad de los métodos.* Los grupos dirigidos por profesionales cuentan con técnicas generalizables a otros colectivos, mientras que los grupos no profesionales desarrollan ideologías específicas que responden a las necesidades concretas del grupo.

TABLA III
Diferencias entre grupos de apoyo y grupos de terapia

	Grupo autoayuda	Grupo dinámico	Grupo encuentro	Apoyo social
Grupo como microcosmos social	Baja	Alta	Moderada	
Complejidad de técnicas	Baja	Alta	Alta	Baja
Distancia psicológica con quien lleva el grupo	Baja	Alta	Moderada a baja	Baja
Especificidad de métodos de ayuda	Alta	Moderada	Baja	Baja
Diferenciación entre participantes	Baja	Alta	Baja	

5. *Diferenciación versus indiferenciación entre participantes.* En los grupos de psicoterapia se tiende a una mayor diferenciación.

Grupos de apoyo

KELLY (1993) comparó en un estudio experimental la efectividad clínica de un grupo de apoyo y un grupo cognitivo conductual en personas VIH positivas con depresión; midiendo las variables de depresión, apoyo social, uso de sustancias, y prácticas sexuales.

Las dos formas de intervención resultaron en una disminución del estrés, pero el grupo de apoyo obtuvo mejores resultados y en una mayor duración de la mejoría.

DANIOLOS (1994) describe su experiencia con grupos de apoyo en un marco residencia para enfermos de SIDA y concluye que «es posible romper el límite entre grupo de apoyo y psicoterapia trabajando con los pensamientos y sentimientos dolorosos a través de intervenciones relacionales y transferenciales dentro de un contexto de grupo de apoyo. La diada terapéutica creó un espacio seguro y aceptador donde pudo ocurrir el crecimiento, se pudo transformar el rechazo interpersonal compulsivo en un sentimiento de afiliación que permitió el duelo grupal de las numerosas pérdidas pasadas y presentes».

Grupos de terapia

LESZCZ y DOUMANI (1993) destacan los siguientes procesos comunes a la psicoterapia de grupo:

- Transferencia y contratransferencia*.
- Resistencia.
- Activación del *aquí y ahora**.
- Identificación de procesos latentes*.
- Manejo de los límites.

- Nivel de actuación del terapeuta*.
- Feedback*.
- Facilitar la autoexpresión.

Según YALOM (1986), la cohesión grupal sería la condición previa para el funcionamiento de grupo a nivel terapéutico. Para comprender el complejo fenómeno de la cohesión grupal, BRAATEN (1991) propone realizar:

- Selección adecuada de los participantes.
- Composición equilibrada del grupo.
- Orientación efectiva de la acción.
- Contrato terapéutico.

Los factores curativos de la psicoterapia de grupo que proponen YALOM (1986) y COLIGN et al. (1991) serían:

- La universalidad.
- La información.
- La recapitulación colectiva del grupo familiar primario.
- El aprendizaje de formas de socialización.
- La imitación.
- El aprendizaje interpersonal.

En la tabla IV (LÓPEZ SÁNCHEZ, 1984; ESPINA, 1992) aparecen las indicaciones y contraindicaciones generales y específicas de la psicoterapia de grupo. Concluyen que dicha psicoterapia está indicada principalmente en el área de las relaciones interpersonales.

Grupo terapéutico de orientación psicodramática

El psicodrama fundado por MORENO, es desde su creación una modalidad específica de psicoterapia de grupo, cuyo objeto de estudio

* (También DIES, 1992).

TABLA IV
Indicaciones y contraindicaciones en terapia de grupo

Indicaciones		Contraindicaciones	
Generales	Específicas	Absolutas	Relativas
T. Relaciones Interpersonales	T. Histéricos	Paranoides	C.I. muy bajo
Inhibición Personalidad	T. Ansiosos	T. Esquizofrénico Agudo	T. Maníaco-Depresivos
Dificultades Identificación sexual	T. Depresivos	T. Obsesivo Compulsivo Grave	Relacionismo mórbido
Sujetos Plásticos	T. Adaptativo	Ninguna relación íntima de amistad en su vida	Histriónicos
Diferentes edades: niños, adolescentes, adultos y ancianos	T. Esquizofrénico	T. Control de los impuestos	Actores
	P. Biográf.	Tendencia acting-out	
	P. Familiares		
	T. Uso Sust.		
	Juego patológ.		
	Anorexia N.		

es la salud y la creatividad más que la enfermedad y la psicopatología (KIPPER, 1993).

La mayoría de los artículos sobre terapia de grupo están sacados de la revista internacional *Journal of Group Psychotherapy* que pertenece a la A.G.P.A. (American Group Psychotherapy Association). El psicodrama desde su fundador MORENO tiene su propia asociación A.S.G.P.P. (American Society of Group Psychotherapy, and Psychodrama) que ha crecido separadamente y tiene su propia revista: *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry* (KIPPER, 1992). Las autoras no han podido acceder a esta revista en su revisión bibliográfica.

Los estudios experimentales y cuasiexperimentales publicados en este campo son muy limitados. Esto puede deberse a que la acción psicodramática se manifiesta en sentimientos difíciles de representar adecuadamente mediante el símbolo verbal. Los estudios indican que el psicodrama es una alternativa válida a otros acercamientos terapéuticos, primeramente en la facilitación de cambios de conducta en sujetos con trastornos de adaptación y antisociales (DAVIES, 1986; KELLERMAN, 1987).

El trabajo terapéutico con grupos específicos constituidos por enfermos de SIDA puede enriquecerse con la orientación creativa del psicodrama, como ha ocurrido con otros grupos diana como alcohólicos, niños autistas, enfermos de cáncer, víctimas de abusos sexuales, etc. Las limitaciones descritas anteriormente inherentes a los grupos de enfermos de SIDA pueden ser subsanadas con un acercamiento basado en la inspiración creativa y las técnicas psicodramáticas (HOLMES, 1990).

REFLEXIÓN SOBRE LOS DISTINTOS MODELOS DE INTERVENCIÓN GRUPAL

El intento de diferenciar modelos de intervención grupal en función de algunas variables o criterios es puramente teórico, pues bien es cierto que en la práctica no existe una frontera entre lo que es terapéutico, lo que es de apoyo y lo que es educativo. Tales categorías sirven probablemente al fin didáctico de la discusión creativa en base a un código común. Con este fin ofrecemos dos marcos teóricos que han guía-

do nuestro acercamiento terapéutico al colectivo de personas con VIH/SIDA que acuden a algunas de las Asociaciones No Gubernamentales (O.N.G.s.) inscritas en la Comunidad Autónoma Vasca.

Grupos de apoyo

El grupo se define, según LEWIN, no por la simple proximidad o semejanza de sus miembros sino por ser un conjunto de personas interdependientes. En efecto, constituye el grupo un organismo: el término *miembros* es utilizado para referirnos a las personas que componen el grupo. «Recuerda la imagen de un cuerpo del cual serían partes a la vez dependientes y móviles» (MAISSONNEUVE, 1985). Como tal organismo, tiene una estructura (organización, distribución de roles, etc.) y una historia evolutiva (nace, se desarrolla, se mantiene o se dispersa). El cambio y la resistencia al cambio constituye un aspecto esencial de la vida de los grupos.

Siguiendo a LIEBERMAN (1990, tabla III) las características del grupo de apoyo son las siguientes:

1. Las relaciones interpersonales de los miembros se basan en potenciar cambios deseables fuera del grupo.

2. Las técnicas utilizadas no son complejas, en el sentido de que no van orientadas al diagnóstico o a la resolución de los conflictos intrapsíquicos, sino que son técnicas encaminadas a posibilitar las condiciones básicas de crecimiento: empatía, respeto o consideración positiva incondicional, genuinidad (ROGERS, 1986).

A estas condiciones básicas CARKHUFF (MARROQUÍN, M., 1982) añade tres más:

- **Concreción.** Expresión específica de los sentimientos de los miembros del grupo. Evitar las racionalizaciones teóricas y abstractas.
- **Confrontación.** Recalcar las discrepancias y contradicciones favorece el que la persona entre en contacto consigo misma.
- **Inmediatez.** La habilidad para discutir en el aquí y ahora las relaciones interpersonales.

3. En los grupos de apoyo se focaliza más en los aspectos comunes para favorecer la identidad grupal. A partir de la primera fase de pertenencia se posibilita pasar a niveles de mayor operatividad.

4. Las funciones del facilitador del grupo de apoyo son:

- Transmitir calidez y empatía.

- Atención a los individuos y al grupo como totalidad.
- Comprensión de los significados e intenciones que guían las conductas y las expresiones grupales.
- Focalización en el aquí y ahora.
- Creación de un clima psicológico carente de amenazas que posibilite la oportunidad y la libertad de participación.

En conclusión, el grupo de apoyo ofrece a los participantes un marco para el desarrollo de la potencialidad de sus miembros, que aprenden a asumir la responsabilidad de sus propios sentimientos, ideas y conductas. En este sentido, es muy arbitrario separar los conceptos de apoyo y terapia, porque muchos de los fenómenos descritos son en sí mismos posibilitadores de cambio. La noción de cambio está en todo proceso de crecimiento.

En las personas VIH positivas o con SIDA el grupo de apoyo favorece el proceso de adaptación al diagnóstico permitiendo el paso desde una fase de negación hasta llegar a una posición existencial activa y positiva. Los fenómenos grupales claves para comprender este cambio son: la identificación, la confianza y la aceptación. Tal y como expresaba un miembro del grupo de apoyo: «Todos los momentos del grupo son significativos, se puede palpar el ambiente de interés y cariño, y la preocupación por nuestro sufrimiento». Es a partir de esta experiencia cuando las personas seropositivas empiezan a normalizar su situación emocional y social.

Psicodrama

El psicodrama aporta al grupo específico de SIDA la posibilidad de poner en acción sucesos con significado emocional para conseguir la resolución de los conflictos y liberarse de las inhibiciones (estereotípicas de comportamiento) que están limitando la capacidad de acción espontánea.

La mayoría de las personas que se incluyen en nuestros grupos de terapia tienen antecedentes de toxicomanía. En drogodependencias el término *scene* hace referencia a la subcultura de la droga que incluye a todos los miembros participantes con sus reglas de funcionamiento y sus actitudes y valores, todo ello conforma un microcosmos específico dentro de una comunidad. Esta escena se ha caracterizado por el estrechamiento de las redes sociales y alineación de los escenarios que no sean asociados al uso de drogas (H. SELL, 1994).

Desde el psicodrama proponemos la creación de la escena como artífice del encuentro. Siguiendo a MORENO (1974) la escena «procura al paciente un espacio vital multidimensional y flexible al máximo..., la escena es una extensión de la vida..., realidad y fantasía no se encuentran en conflicto, sino que ambas son funciones dentro de una esfera más amplia: el mundo psicodramático de los objetos, personas y sucesos».

En esta escena donde el individuo representa sus conflictos, en el aquí y ahora, el director actúa como facilitador para que el protagonista juegue plenamente su rol. Se produce un encuentro yo-tú, es decir, se produce una fusión de experiencias y conocimientos estructurando un vínculo posibilitador de dicho rol.

Si el terapeuta se queda en el puro tecnicismo, es decir, no pone al servicio del protagonista su propia espontaneidad, se producirá un encuentro yo-él (BUSTOS, 1985); el paciente habrá acumulado información, no así conocimiento de su posición existencial.

Conocer su posición existencial supone aceptar el SIDA, asumiendo un rol activo frente a la enfermedad. A través de los vínculos que le ayudan a desarrollar el rol de enfermo de SIDA va siendo más consciente del compromiso que tiene consigo mismo en cuanto a la forma de cuidarse (mejora la adhesión al tratamiento médico) y del compromiso con los otros (prevención de la transmisión).

Por lo tanto el valor terapéutico de la experiencia psicodramática no reside sólo en la capacidad de plasmar en la escena dramas del mundo interno sino que serían varios los resortes potencialmente terapéuticos que se ponen en juego. Así vemos que es propio del método psicodramático la incidencia directa en los procesos de socialización, el concurso de la actividad corporal presente en la escena o el grado de aprendizaje sobre los comportamientos que implica la interacción de las personas y los roles (LÓPEZ SANCHEZ, 1982).

La aplicación clínica del psicodrama estaría indicada en los pacientes de SIDA. En este colectivo, por sus antecedentes, predominan los factores de aislamiento y las desconexiones del medio cultural y social donde se insertan una vez que han abandonado la drogadicción.

A través del desarrollo y/o aprendizaje de roles sociales el individuo es capaz de reconstruir nuevas redes sociales evitando el aislamiento y la alienación.

El psicodrama permite descubrirse a sí mismo en el otro originando un sentimiento de vivencia en común. El reencuentro social actúa

como factor de unión o factor cohesivo para favorecer la identificación grupal con más fuerza que otras variables de homogeneidad grupal como las sociodemográficas, ciclo vital, estadio de la enfermedad, etc.

El paciente se da cuenta, junto con el otro, de que hay roles que no podrá volver a jugar debido a su enfermedad (roles retirados). También aprende con los otros que hay roles restitutivos que funcionarían con un aparato ortopédico que le ayuda a caminar. De esta forma obtiene una mayor seguridad y autonomía a la hora de buscar alternativas a las muchas y nuevas situaciones, a veces difíciles, que le toca vivir en el transcurso de su enfermedad.

Otra vivencia en común con este grupo específico es el sentimiento de la muerte en edad temprana. MORENO consideraba que «toda segunda vez es una liberación de la primera». Cuando una persona dramatiza sus miedos con respecto a la muerte está diseñando una experiencia emocionalmente correctiva a través de la cual adquiere el conocimiento sobre su propia muerte, es decir, se prepara de una forma eficaz para la misma creando aptitudes para enfrentarse al resto de las pérdidas que irá viviendo (pérdida de la salud, de la imagen corporal, de amigos, etc.).

La aceptación serena de la muerte aporta una libertad profunda que ayuda a toda persona a aumentar su propia capacidad para vivir de forma más plena.

Incluso, otros psicodramatistas, han demostrado que a través del juego y la dramatización de los procesos inmunológicos se puede dar la «remisión espontánea dirigida de larga duración» en muchos de sus pacientes (SCHÜTZENBERGER, 1991).

Para concluir el psicodrama nos abre una puerta hacia la esperanza en cuanto al pronóstico de una enfermedad que hasta ahora no tiene cura.

«Hay un reino de la vida y un reino de la muerte, y el puente es el amor, la única supervivencia, el único significado».

BERNIE S. SIEGEL

BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRY PRESS: *Psychiatry Review AIDS and HIV Infections*. 1990, 9: 569-573, 614-637.
- BECKETT, A. y RUTAN, S.: *Treating persons with AIDS in Group Psychotherapy*. International Journal of Group Psychotherapy, 1990, 40 (1): 19-29.
- BECERRO, M. A. y VICIOSO, C.: *Intervención Grupal en Sujetos VIH+ extoxicómanos y en tratamien-*

- to con AZT. Diputación Foral de Vizcaya, Departamento de Bienestar Social, 1992.
- BRAATEN, L. J.: *Group Cohesion. A new Multidimensional Model*. Group 1991, 15 (1): 39-43.
- BUSTOS, D. M.: *Nuevos Rumbos en Psicoterapia Psicodramática*. Edit. Momento, Rep. Argentina, 1985.
- CARBALLO, M. y MILLER, D.: *HIV Counselling Problems and Opportunities in Defining the New Agenda for the 1990s*. AIDS Care, 1989, 1 (2): 117-123.
- COHEN, M. A.: *Biopsychosocial Approach to the HIV Epidemic*. General Hospital Psychiatry, 1990, 12 (2): 98-123.
- COLINJ, S. et al.: *A Comparison of Curative Factors in Different Types of Group Psychotherapy*. International Journal of Group Psychotherapy, 1991, 41 (3): 365-379.
- DANIOLOS, P. T.: *House Calls. A support Group for Individuals with AIDS in a community residential setting*. International Journal of Group Psychotherapy, 1994, 44 (2): 133-153.
- DAVIES, M.: *The Origins and Practice of Psychodrama*. British Journal of Psychiatry, 1976, 129: 201-206.
- DIES, R.: *Models of Group Psychotherapy: Shifting through Confusión*. International Journal of Group Psychotherapy, 1992: 42 (1): 1-17.
- ESPINA, J. A.: *Grupos Específicos y Psicodrama*. Informaciones Psiquiátricas, 1989, 115.
- ESPINA, J. L.: *Actividad en las Psicoterapias de Grupo*. Revista Vínculos, 1992, n.º 6, 93-109.
- FIELD, H. y SHORE, M.: *Living and Dying with AIDS. Report of a 3 year Psychotherapy Group*. Group 1992, 16 (3): 156-164.
- GLOVER, H. B.: *Group Intervention with HIV Seropositive Patients and their partners*. AIDS Care, 1990, 2: 147-154.
- GREEN, J.: *Counselling in HIV Infection and AIDS*. Science Press, London, 1989, Chapter 8: 121-141.
- KELLERMAN, P. F.: *Classical Psychodrama*. Small Group Behaviour, 1987, 461-469.
- KING, M. B.: *Psychological Aspects of HIV Infection and AIDS. What have we learned*. British Journal of Psychiatry, 1990, 156: 151-156.
- KIPPER, D. A.: *Psychodrama: Group Psychotherapy through Role Playing*. International Journal of Group Psychotherapy, 1992, 42 (4): 495-507.
- KIPPER, D. A.: *Commentary: Pluralism to the History of Group Psychotherapy*. 1992, 42 (2): 293-296.
- KÜBLER ROSS, E.: *Sobre la Muerte y los Moribundos*. Edit. Grijalbo, Barcelona, 1989.
- LESZCZ, M. y DOUMANI, S.: *Group Therapy*. Current Opinion in Psychiatry, 1993, 6: 337-342.
- LIEBERMAN, M. A.: *Group Therapist's Perspective on Self-Help Groups*. International Journal of Group Psychotherapy, Julio, 1990; 40 (3): 251-278.
- MAISSONNEUVE, J.: *La Dinámica de Grupos*. Edit. Buena Visión, Buenos Aires, 1985.
- MARROQUÍN, M.: *La Relación de Ayuda en Robert R. Carkhuff*. Edit. Mensajero, Bilbao, 1982.
- MARTÍNEZ BOUQUET, C. M.: *Fundamentos para una Teoría del Psicodrama*. Edit. Siglo XXI, México, 1977.
- MILLER, D.: *Living with AIDS and HIV*. Mc Millan Press. London, 1987.
- MILLER, D. y RICCIO, M.: *Non Organic Psychiatric and Psychological Syndromes Associated with HIV Infection and Disease*. AIDS 1990, 4: 381-388.
- MILLER, R. y ROR, R.: *A Guide to Clinical Counselling*. Science Press, London, 1987.
- MORENO, J. L.: *Psychodrama*. Edit. Hormé Paidós, Buenos Aires, 1974.
- MORENO, J. L.: *Psicoterapia de Grupo y Psicodrama*. Edit. F.C.E., Buenos Aires, 1966.
- PERRY, S. et al.: *Psychological Responses to Serological Testing for HIV*. AIDS, 1990, 4, 145-152.
- ROGERS, C. R.: *Psicodrama Centrado en el Cliente*. Edit. Paidós, Buenos Aires, 1986.
- ROJAS BERMÚDEZ, J.: *¿Qué es el Psicodrama?* Edit. Celcius, Buenos Aires, 1966 (4.ª edición, 1984).
- SAINZ CORTON, E. et al.: *Reacciones Psicológicas y Manifestaciones Psiquiátricas en Pacientes VIH Positivos*. Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiátrica, 1990, 18 (1): 66-70.
- SARTORIUS, N.: *Who's Work on the Epidemiology of Mental Disorders*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1993, 28: 147-155.
- SCHÜTZENGERGER, A. A.: *Psychodrama. Inspiration and Technique*. Edit. Routledge, London, 1991, 203-224.
- SELL, H.: *I Reunión Internacional «Open Community Approach*. London, 1994.
- SIEGEL, B.: *Amor, Medicina Milagrosa*. Edit. Espasa Calpe, Madrid, 1988.
- SPECTOR, I. C. y CONKLIN, R.: *Brief Reports: AIDS. Group Psychotherapy*. International Journal of Group Psychotherapy, 1987, 37 (3): 433-439.
- TALARN, A. y CASTILLO, J. A.: *Los Tópicos Centrales de la Psicopatología Actual: Revisión de Algunas Publicaciones Científicas*. Psicopatología, 1993, 13 (1): 33-36.
- TUNNELL, G.: *Complicaciones in Group Psychotherapy with AIDS Patients*. International Journal of Group Psychotherapy, 1991, 41: 481-498.
- WEINER, M. F.: *Group Therapy Reduces Medical and Psychiatric Hospitalization*. International Journal of Group Psychotherapy.
- YALOM, I. D.: *Teoría y Práctica de la Psicoterapia de Grupo*. Edit. Fondo de Cultura Económica, México, 1975 (1.ª edición en castellano, 1986).

PSICODRAMA FOCAL DEL DUELO PATOLÓGICO

MARISOL FILGUEIRA BOUZA

Doctora en Psicología.

Complejo Hospitalario Juan Canalejo - Marítimo de Oza. La Coruña

RESUMEN

Con este trabajo se pretende la elaboración de unos fundamentos teóricos para enmarcar el contexto de la práctica psicodramática desde el enfoque breve de la psicoterapia individual centrada en el problema. Se da cuenta de los resultados obtenidos con intervenciones en esta línea, que han demostrado la especial indicación del enfoque para los casos de duelo. Se presenta la teoría y el tratamiento del duelo, ilustrándolos con casos clínicos.

ABSTRACT

In this paper, the author tries to work out the theoretical foundations to frame the context of the psychodramatic practice from the problem-focused, individual, brief psychotherapy approach. It accounts for the results obtained with this line of intervention, pointing to its special suitability for the treatment of the bereavement reactions. The theory and treatment of bereavement are presented, illustrated with clinical cases.

EL ENFOQUE DEL PSICODRAMA BREVE

En trabajos anteriores (FILGUEIRA BOUZA, 1989, 1990), he llamado *psicodrama focal* al psicodrama aplicado desde el enfoque de la psicoterapia breve, en respuesta a demandas concretas y centrado en el problema. Las intervenciones

se determinan a partir de necesidades puntuales surgidas en cualquier momento del tratamiento o seguimiento clínico de los pacientes, generalmente a petición del terapeuta (responsable principal) del paciente, y suelen encuadrarse en alguna de las dos situaciones siguientes:

- Como estrategia de exploración y diagnóstico, cuando los procedimientos habituales no han permitido extraer conclusiones claras para la toma de decisiones de cara al tratamiento.
- Como estrategia de resolución de conflictos concretos que tienen al paciente en situación de bloqueo clínico, con vistas al alta hospitalaria o a la continuación del tratamiento más global.

El número de sesiones no está prefijado: a partir del curso y resultados de la primera intervención, se decide sobre la conveniencia de prolongar el tratamiento. Por regla general, éste suele consistir en una sola sesión, a veces dos: en ninguno de los casos tratados hasta la fecha se han celebrado más de tres sesiones. Esta limitación en el número de sesiones responde principalmente a dos razones:

- Se interviene sobre un aspecto muy concreto del problema que plantea el paciente, generalmente algo que está bloqueando la evolución favorable del caso, sin pretensión de trabajar otros aspectos que se abordan en el tratamiento más amplio, y dando la intervención por concluida en cuanto se comprueba el efecto perseguido.
- Si no se consigue dicho efecto en un plazo breve, se interrumpe el tratamiento y se diseñan nuevos planes de intervención desde otros enfoques.

Eventualmente, se puede intervenir de forma puntual en las revisiones del caso durante el seguimiento, para reforzar los efectos obtenidos con las sesiones de tratamiento. Por regla general, sin embargo, las revisiones se dedican tan sólo a comprobar el mantenimiento de dichos efectos y a reajustes en la medicación.

Los resultados obtenidos indican que este enfoque resulta especialmente eficaz para el tratamiento del duelo patológico, e igualmente aplicable en régimen ambulatorio o institucional. Basta con la apreciación de una situación de bloqueo en el paciente por un terapeuta sensibilizado a los efectos del psicodrama, y que el psicodramatista cuente con la colaboración de uno o dos colegas, no necesariamente formados en psicodrama, que le sirven de ego-auxiliares durante las sesiones, ya que estamos hablando de intervenciones a nivel individual (no en grupo). Cabe suponer que la eficacia del tratamiento será similar para todos los casos relacionados con experiencias traumáticas (pérdidas, enfermedades graves, accidentes, separaciones, estrés postraumático...), pues a todas luces es la verbalización de vivencias contenidas lo que produce el desbloqueo.

Estas afirmaciones se fundamentan en los resultados obtenidos con las intervenciones realizadas hasta el momento desde este enfoque: de ocho casos trabajados, cinco eran casos de duelo por la pérdida de seres queridos, un caso de depresión relacionada con experiencias de separación y pérdida, un trastorno de la personalidad y un trastorno adaptativo. En todos los casos de duelo y en el caso de depresión se obtuvieron resultados satisfactorios; en el trastorno de personalidad no se logró ningún cambio; en el trastorno adaptativo, el éxito de la intervención fue tan sólo parcial (FILGUEIRA BOUZA, 1989, 1990). Cinco de los ocho casos, fueron trabajados en régimen de hospitalización y tres en régimen ambulatorio, no apreciándose diferencias en cuanto al éxito de la terapia en uno u otro contexto.

El proceso de la intervención transcurre de la siguiente manera:

- El terapeuta responsable del paciente expone la situación de bloqueo, cuando el caso no responde a los procedimientos habituales, y solicita la intervención con psicodrama.
- La psicodramatista organiza un equipo terapéutico, formado por la psicodramatista, el terapeuta responsable del paciente y, eventualmente, otros profesionales relacionados con el caso: asistente social, auxiliares psiquiátricos, médicos/psicólogos residentes... Se concierta la primera sesión, sólo con el paciente o con los

familiares que en un momento dado puedan acompañarle, con metas concretas prefijadas.

- La sesión de tratamiento consiste en una entrevista inicial exploratoria, a fin de completar la historia clínica y obtener datos para el montaje de la escena (caldeamiento). La escena puede ser sugerida por el paciente o preparada por el equipo terapéutico, cuando aquél no colabora o existe un interés específico por trabajar una situación concreta. Es dirigida por la psicodramatista, y en ella intervienen como ego-auxiliares los demás profesionales implicados en el caso y/o los familiares del paciente cuando están presentes. Los ego-auxiliares trabajan siempre con las indicaciones y la ayuda (mediante doblajes) de la psicodramatista, de ahí que no sea necesario que hayan recibido formación específica en psicodrama. Una vez trabajada la escena, el equipo, el paciente y los familiares comentan sobre el trabajo realizado y sus efectos (clausura -eco grupal). Después de los comentarios, el equipo puede hacer prescripciones o encomendar tareas al paciente y la familia de cara a futuras sesiones o al seguimiento. Se concierta la próxima cita.
- El equipo, ya en ausencia del paciente y su familia, revisa el diagnóstico, discute la intervención, valora los resultados y formula hipótesis sobre la evolución esperable. Se recoge y registra el material de la sesión.
- En la primera revisión del caso tras la intervención, se contrastan los resultados y las hipótesis. Si la evolución ha sido satisfactoria (se consiguieron y se mantienen los efectos esperados), no se celebran más sesiones de tratamiento, y se procede al seguimiento convencional del paciente por su terapeuta habitual. Si la evolución no fue favorable, se valora la indicación de celebrar más sesiones de tratamiento psicodramático, o se diseñan nuevas estrategias de intervención acudiendo a otros enfoques.

Importa destacar que la decisión de continuar con el tratamiento es procedente únicamente cuando existe una elevada probabilidad de producir cambios, esto es, cuando existen fundamentos teóricos y empíricos que apoyan la eficacia del psicodrama para la problemática específica desvelada en el transcurso de la primera intervención. Inicialmente se puede admitir para tratamiento cualquier caso, pero éste sólo se continúa si hay unas mínimas garantías de beneficio para el paciente. Desde este enfoque *el tiempo es oro*, tanto para el profesional como para el paciente, y se rechaza cualquier posicionamiento que permita a los pacientes convertirse en *consumidores crónicos de terapia*. Cada intervención se diseña con un objetivo muy específico: si éste no se alcanza en un plazo muy bre-

ve, el fracaso se considera como la señal de que hay que cambiar de enfoque; si se alcanza, el éxito por su parte hace innecesaria una nueva intervención para el problema concreto que se está tratando.

Para ilustrar las distintas tomas de decisiones sobre la interrupción o continuación del tratamiento, se remite al lector a trabajos anteriores donde se describen intervenciones fracasadas (FILGUEIRA BOUZA, 1989, págs. 12-17), con resultados insatisfactorios (FILGUEIRA BOUZA, 1990, págs. 37-54) y con resultados favorables (FILGUEIRA BOUZA, 1989, págs. 8-12, 17-21, 22-29).

En el caso fracasado (trastorno antisocial de la personalidad), se pretendía identificar la secuencia de acontecimientos que precipitaban las agresiones del paciente a su familia y a otros pacientes. El trabajo consistió en la reproducción de una escena familiar que típicamente desemboca en agresión a la madre y posterior ingreso hospitalario. La escena psicodramática terminó con una autoagresión del paciente y su inmediata contención en U.C.I. No se logró el objetivo ni se pudo por tanto modificar la secuencia sintomática ni la conducta del paciente.

En el caso con resultados insatisfactorios (trastorno adaptativo), se intentaba desmontar la conducta negativista y opositora de la paciente, consiguiéndose únicamente una mínima colaboración de su parte tras una intervención a base de espejos y doblajes. Sin embargo, su sintomatología y comportamiento en casa no se modificó sustancialmente, sucediéndose los ingresos hospitalarios con las mismas características de los previos a la intervención. La evolución del cuadro hacia una ideación delirante de tipo místico-religioso junto con la información biográfica determinó posteriormente un diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad. Progresivamente se habituó a la vida hospitalaria, oponiéndose en ocasiones con violencia a ser trasladada a su domicilio. Las dificultades de manejo que planteaba a la familia (retraimiento, falta de colaboración, rechazo del tratamiento, amenazas...) llevaron a que se iniciasen trámites para gestionar una plaza en una institución social de larga permanencia, que no llegaron a término. Últimamente, la paciente ha mejorado, plantea menos problemas de manejo, sigue el tratamiento y acude a los controles de seguimiento, sin que se hayan podido precisar las causas de esta mejoría.

Un caso de depresión en relación con una serie de experiencias de separación y pérdida de gratificaciones, que había desencadenado un intento de suicidio, se fue resolviendo a partir

de un cambio de roles entre la paciente y su hermana que les permitió a ambas verbalizar vivencias largamente contenidas, y a la paciente recuperar el deseo de seguir viviendo y revincularse en consecuencia con el entorno.

Todos los casos de duelo trabajados psicodramáticamente lo han sido con resultados satisfactorios, de manera que progresivamente aumentan y se dirigen las demandas de intervención en este sentido, planteando la necesidad de una elaboración consistente que sirva de marco a esta línea de tratamiento. Esto es lo que se pretende con este trabajo.

TEORÍA DEL DUELO

En un trabajo anterior (LAMAS CREGO y FILGUEIRA BOUZA, 1992), comentábamos las apreciaciones de FREUD sobre los aspectos que permiten discriminar entre el duelo y la melancolía. Ambos cuadros muestran síntomas semejantes: «estado de ánimo profundamente doloroso, cesación del interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de todas las funciones». Sólo la pérdida del *amor propio*, con todo su cortejo de autorreproches, exclusiva de la melancolía, nos permite diferenciarla del duelo normal, un estado de profundo sufrimiento por la pérdida de un ser querido que el tiempo se encargará de ir atenuando. Para FREUD el trabajo del duelo requiere que, una vez aceptada la evidencia de la desaparición del objeto amado, procedamos al abandono, por parte de la libido, de todas las antiguas ligaduras con el mismo. Si no es aceptada esta pérdida, si no triunfa la realidad, puede aparecer una psicosis alucinatoria: estaríamos entonces ante el duelo patológico (reacción a una pérdida conocida pero no aceptada), en contraste con el duelo normal (reacción a una pérdida conocida y aceptada) y con la melancolía (reacción a una pérdida inconsciente, desconocida por el sujeto). Todo duelo exige su tiempo: «lo normal es que el mandato de la realidad obtenga la victoria..., pero sólo es realizado de modo paulatino, con gran gasto de tiempo y de energía de carga, continuando mientras tanto la existencia psíquica del objeto perdido».

También allí reproducíamos, refundidas, las fases del duelo propuestas por distintos autores (KÜBLER-ROS, BOWLBY, WEISSMAN...):

Choque o embotamiento. Reacción de aturdimiento, sensación de vacío y crisis emocionales o calma paradójica al conocer la noticia. Dura entre varias horas y una semana.

Negación y aislamiento. El sujeto no puede creer lo ocurrido («No es posible, no es verdad»). Se aparta de su entorno.

Ira. Descarga agresiva y reproches a las personas del entorno. Comienza a las dos o tres semanas de la pérdida. Por todas partes hay motivos de queja e irritación, intento de recuperar el objeto perdido (¿Por qué me sucede esto a mí?, ¿Por qué me ha dejado? ...) y, a veces, autorreproches (¿Por qué no haría más por él? ...).

Pacto o regateo. Comienza a aceptarse la desaparición, pero el sujeto busca la manera de paliar o compensar la situación por una especie de trueque con promesas, intercambios, aplazamientos... («Unos meses más tan sólo...», «Llebadme con él», «Si vuelve, me comprometo a...»).

Depresión-desorganización-desesperanza. Es el momento de mayor sufrimiento. Reconocida la irreversibilidad de la situación, aparece el llanto desconsolado, la pérdida de funcionalidad, desasosiego, recuerdos y sensación de proximidad del objeto perdido que, a veces, se puede llegar a alucinar. La duración es desde un mes a varios meses después de la pérdida.

Aceptación. Reconocimiento de lo obvio con mayor serenidad.

Decatexis-separación-resolución. Despedida y desvinculación del objeto perdido. Puede mantenerse la esperanza de la recuperación, pero a sabiendas de que no es posible.

Recuperación - restablecimiento. Vuelta progresiva a la funcionalidad.

Revinculación. Establecimiento de nuevos vínculos en el entorno.

Sucintamente, todas estas etapas pueden resumirse en tres:

- a) **No:** «no es verdad, no ha ocurrido».
- b) **Sí pero no:** «sí ha ocurrido, pero no lo puedo aceptar ni soportar».
- c) **Sí:** «sí, ha ocurrido y hay que aceptarlo y sobrevivir».

La elaboración normal de la pérdida exige el recorrido de todas las etapas que, por término medio, suele durar aproximadamente un año. Para que el proceso transcurra sin problemas mayores, son absolutamente necesarias la fase de ira y su descarga, así como la revinculación con la realidad. La negación de la pérdida, normal en el primer período, define el duelo patológico cuando se prolonga en el tiempo más allá de lo conveniente: el intento desesperado por aferrarse a la presencia fantaseada e imposible del que se ha ido, o pretender su recuperación

cuando la ausencia persiste y fuerza a la confrontación de una realidad insoportable, impiden o retrasan el trabajo del duelo en un período razonable de tiempo. Otras características del duelo patológico son la detención en alguna otra fase, la exageración de los síntomas esperados y la aparición de conductas desviadas que ponen en peligro la salud física del afectado (impudencias, intentos de suicidio...). La vivencia de soledad, desamparo y vacío irrellenable por la pérdida de una figura sentida como insustituible determina esa fijación, bloqueando al individuo en todas sus actividades. El sentimiento de abandono injustificado e incomprensible despierta una carga agresiva de ira y rencor hacia el entorno y hacia el difunto que no dio oportunidad para hacer balance de la relación y prepararse para prescindir de ella, sobre todo cuando la muerte se produce de manera súbita. La falta de una despedida consciente y anticipada deja en el aire un buen número de asuntos pendientes: todo lo que se hubiera querido hacer y nunca se hizo con el difunto mientras vivía. La negación de la pérdida y la represión de los sentimientos son las causas de la patología del duelo.

TRATAMIENTO DEL DUELO

En el mismo trabajo (LAMAS CREGO y FILGUEIRA BOUZA, 1992), y en base a los postulados de la teoría del duelo, hacíamos los siguientes planteamientos de cara al tratamiento:

El tratamiento debe lograr el reconocimiento de la derrota, que el afectado tome conciencia de que no es posible la recuperación, y la descarga de los sentimientos contenidos para aliviar la tensión, hacer soportable la pérdida e iniciar los ajustes necesarios en el nuevo entorno. Tiene cuatro cometidos básicos:

- Impedir la represión: obligar a recordar y revivir los acontecimientos.
- Apoyo emocional: compensar el desvalimiento.
- Asistencia social: aprendizaje de habilidades para afrontar los problemas de la vida cotidiana.
- Reconstrucción: establecimiento de nuevos vínculos.

La metodología psicodramática pone a disposición de este proceso recursos especialmente indicados para articular el trabajo terapéutico del duelo: traer al difunto al escenario y todas las figuras-clave del átomo social del afectado relacionadas con la situación, así como objetos significativos vinculados al fallecido (su cuer-

po, el ataúd, ropa y efectos personales, fotografías, cartas...), permite realizar la descarga, la despedida y la cancelación de asuntos pendientes, elaborando la relación y facilitando desde ese momento la revinculación con el entorno.

El proceso terapéutico transcurre también en etapas:

Dimensión de pasado

- Toma de conciencia y reconocimiento de la muerte (inminente o ya acaecida).
- Cancelación de asuntos pendientes.

Dimensión de presente

- Despedida.
- Descarga emocional de las vivencias contenidas.

Dimensión de futuro

- Búsqueda de apoyos externos en el entorno, parcial y potencialmente sustitutivos de la figura perdida que, aún sin compensar la pérdida, pueden hacerla soportable.
- Revinculación y vuelta al mundo real.

CASOS CLÍNICOS

En otro trabajo (FILGUEIRA BOUZA, 1989) se publicaron los dos primeros casos de duelo trabajados por la autora desde este enfoque. En el primero de ellos, la confrontación de la paciente con su madre fallecida en una escena imaginaria donde su madre, antes de morir, le invita a despedirse, permite a la paciente descargar el rencor que sentía por el abandono. La propia descarga implicó el reconocimiento de la pérdida («ejecutar una venganza» exigía admitir que había motivos para vengarse) y, al sucumbir la negación de la muerte, prosigue el proceso normal del duelo (págs. 8-12). En el segundo caso, es un cambio de roles entre el paciente y su hijo fallecido lo que produce el desbloqueo cuando el paciente, jugando el rol de su hijo, se pide a sí mismo que renuncie a recuperarle y sobreviva volcando su afecto en los otros hijos y en el resto de la familia. Viniendo la petición de su *hijo favorito*, al que nada puede negarle, adquiere la fuerza necesaria para realizar el esfuerzo, sin sentir que está traicionando su lealtad hacia él, e inicia la revinculación (págs. 22-29). Seguidamente, se presentan tres nuevos casos.

Primer caso

Una mujer de 57 años, casada, dedicada a las tareas del hogar y el campo en una localidad rural. Su marido, de 59 años, es pensionista desde hace varios años, habiendo recibido la

incapacitación laboral por problemas de visión. Tiene un hijo de 32 años, casado, que trabaja fuera del país desde hace cinco años. Otro hijo, guardia civil, murió hace cuatro años, cuando contaba 25, a consecuencia de un accidente de moto en acto de servicio.

La paciente lleva cinco meses acudiendo a la consulta de psiquiatría de su zona porque está muy deprimida: no es capaz de sobreponerse a la muerte de su hijo. Durante tres años, se aisló socialmente, llora con mucha frecuencia y no puede quitarse al hijo de la cabeza por mucho que se esfuerce (fase de depresión, con fijación de la figura desaparecida). A pesar de todo, no quiere hablar de él, se guarda sus pensamientos. Refiere un dolor en la cabeza y sensación de presión en el pecho (probable somatización de las vivencias contenidas).

El médico (M.I.R. de psiquiatría) que la atiende en la consulta solicita una cita, que se concierta en el hospital, para valoración del cuadro e intervención. Acude acompañada de su hermana, que aunque vive en otra comunidad, se encuentra aquí de vacaciones.

En la sesión (8-IX-92) están presentes la psicodramatista (M.F.), el M.I.R. (A.G.), la paciente (D.R.) y su hermana (I.R.).

De la entrevista inicial, se obtiene la siguiente información: la paciente siempre le dió a su hijo todo lo que pudo. Tuvo ciertos problemas en su crianza: de pequeño, padeció una meningitis muy grave, de la cual se restableció. Pudieron pagarle los estudios y se hizo guardia civil. Fue destinado a otra comunidad. Sufrió un accidente de tráfico, en acto de servicio, que la paciente describe minuciosamente, ya que le fue relatado con detalle. Estuvo doce días en coma hospitalizado. La paciente no tomó conciencia de la gravedad de su estado, y en ningún momento pensó que pudiera morir. Su hermana intentaba hacerle tomar contacto con la realidad, y a ella le parecía mal.

Un día se encontraba la paciente hablando con su otro hijo (el que trabaja fuera del país) y le decía que su hermano estaba bien. La hermana le quitó el teléfono para decir que vinieran lo antes posible si querían verle vivo. La paciente está muy dolida con su hermana por este tipo de comportamientos (se resiste a aceptar la muerte inminente: está en riesgo de una futura negación; la hermana se está convirtiendo en blanco de su ira).

El hijo murió una noche en el hospital. Estaba acompañado por su hermano y su cuñada, que finalmente habían acudido a verle. Ellos dieron la noticia a la familia. A la paciente se lo dijo su hermana. Trasladaron el cadáver al

cuartel de la guardia civil y, desde allí, a su pueblo, donde le enterraron. Ella lloró mucho, pero pudo acompañar a su hijo durante todo el traslado y el entierro (factores de buen pronóstico: no contener la manifestación de la pena para obtener alivio y presenciar el entierro para evitar la negación).

«Lo peor vino después»: ella no quería ver ni hablar con nadie, no soportaba las visitas, ni las fiestas, ni los cantos en misa o las charlas y risas de la gente. El dolor que sentía le hacía insoportable la alegría de los demás. Al llegar el verano, cuando venían familiares por el pueblo, pretendía no acogerles en casa (fase de aislamiento). Su hermana le obligaba a sobreponearse y atender a la gente, lo cual le irritaba mucho y le hacía pensar que a ella no le dolía lo sucedido porque no era su hijo (fase de ira: los reproches se dirigen a la hermana por la proximidad y por la función —terapéutica— que ésta ejerce de imposición de la realidad, que está combatiendo el aislamiento y forzando la aceptación y la revinculación).

La paciente no tiene ninguna duda de que su hijo ha muerto y ha sido enterrado (no hay negación), porque pidió ver su cuerpo y no le opusieron ninguna resistencia —aunque finalmente no llegó a verlo porque resultaba muy dificultoso abrir la caja y ella misma sugirió que no lo hiciesen. No le queda ninguna duda: piensa que si no fuera su hijo el que iba dentro no se habrían ofrecido a enseñárselo. Sin embargo, hasta hace muy poco tiempo mantuvo la esperanza de su regreso (intento de recuperar el objeto perdido): a veces miraba por la ventana hacia fuera y esperaba volver a verle llegar. Una vez en el cementerio tuvo la sensación de que su hijo salía de la tumba y la cogía, para llevársela con él (fase de depresión: sensación de proximidad del objeto perdido, pseudoalucinaciones sobre su presencia). Ella quiere quitárselo de la cabeza para poder seguir viviendo (fase de aceptación e intento de deatexis): todos los domingos va a misa y le pide a Dios y a la Virgen que se lo quiten de la cabeza, en vano, porque no se olvida ni un momento de él. Tampoco habla de lo que ocurre (no hace la descarga necesaria). Lloro con frecuencia y no consigue sobreponearse.

Valoración. Se trata de un *duelo patológico* por la duración excesiva del proceso (cuatro años frente a la duración normal de aproximadamente un año), detenido en la fase de depresión, conservando la paciente la esperanza de recuperar a su hijo: la frustración de su deseo y las dificultades habidas para la aceptación de

la pérdida, por lo repentina, desencadenan la ira, que ella intenta contener, y el aislamiento social. Es de buen pronóstico que no hubiese negación de la muerte y, desde hace aproximadamente un año, está mejor (ambas, la paciente y su hermana, lo reconocen): está decidida a quitarse al hijo de la cabeza porque tiene que seguir viviendo, aunque le resulte muy difícil. La reacción de ira, normal en estos procesos, se focalizó mucho en la hermana por ser la figura más destacada en el entorno de la paciente en relación a la tragedia, al intentar forzar en ella la renuncia necesaria para su restablecimiento.

Intervención. El tratamiento consistió en una sola sesión, en la que se aplicaron las siguientes técnicas y estrategias:

- Cambio de roles entre las hermanas, al objeto de hacer manifiesta y descargar mutuamente la ira contenida, así como facilitar la comprensión entre ellas. La paciente inicialmente consideraba que su hermana le obligaba a reaccionar porque no le dolía lo sucedido. Progresivamente, desde el cambio de roles, pudo considerar otros argumentos: para ganarse la recompensa en el cielo y, sobre todo, por su propio bien (el de la paciente). Aunque tuvo muchas dificultades para meterse en el rol, terminó por hacerlo y reconocer que su hermana fue como una madre para ella, que todo lo hizo porque la quería, y que «sin ella, no sé lo que habría sido de mí». Además, gracias a ella, su otro hijo pudo ver a su hermano antes de morir éste.
- Confrontación del cuerpo del fallecido - recordando la escena del féretro, mientras intentan abrirlo para ver el cuerpo, se comprueba que no hay negación de la muerte, por lo que no es necesario continuar el trabajo por esta vía.
- Neutralización de la esperanza de recuperación del objeto perdido - la paciente mantuvo la esperanza de que su hijo volviera durante mucho tiempo. Rememoramos el episodio pseudoalucinatorio (en el cementerio, la paciente siente que su hijo sale de la tumba, la coge por la espalda y se la lleva con él), y los momentos en que ella mira hacia el camino esperando verle regresar. Pero esto nunca ocurre y, ella misma afirma, a estas alturas ya ha renunciado por la cantidad de ocasiones en que ha comprobado que no es posible (parece que ha iniciado la fase de aceptación y desvinculación).
- Cancelación de asuntos pendientes - tras un sondeo exhaustivo se constata que en este caso a la paciente no le quedan asuntos pendientes con su hijo: no tiene sensación alguna de haber regateado esfuerzos (hice por él todo lo que pude, y no le di más porque no tenía»), ni le guarda rencor por haberla abandonado («él no lo hizo por gusto»).

- Cambio de roles con el hijo, al objeto de que éste verbalice sus deseos - le pedimos a la paciente que sea su hijo y diga, como si fuera él, lo que querría que ella hiciera: «no sufrir, no llorar, seguir adelante...». Reconoce que, con su comportamiento, le está haciendo daño y, por gratificarle a él, es capaz de hacer el esfuerzo.
- Prescripciones terapéuticas - a) para la desvinculación con la figura del muerto: va a continuar pidiendo a Dios y a la Virgen, todos los domingos en misa, que le quiten al hijo de la cabeza (aprovechamiento de los recursos que la propia paciente pone a disposición de los terapeutas). b) para la revinculación con el entorno: buscamos figuras significativas y gratificantes en el entorno inmediato de la paciente. Nos habla de una vecina con la que le gusta pasear y charlar (aunque siempre mantenemos el anonimato de todos los personajes implicados en la descripción de un caso clínico, nos parece relevante desvelar en este caso el nombre de la vecina, por su importancia en el nivel simbólico: *felicidad*: «ella sabe llevarme bien»). Le instamos a salir con ella diariamente.

La paciente y su hermana contabilizarán las veces que se cumplen las prescripciones para dar cuenta al médico en los controles sucesivos (una vez al mes en su consulta de zona). Si algo va mal, llamarán por teléfono al hospital.

- Otras medidas - se solicita un E.E.G. para descartar patología orgánica y tranquilizar a la paciente, que se muestra angustiada por su dolor de cabeza. Se mantiene el mismo tratamiento farmacológico que se venía administrando (Tepavil), pronosticando que, en un plazo de tiempo, ya no lo necesitará.

Seguimiento. En los controles ambulatorios, se constata que la paciente está siguiendo las prescripciones y siente mucha gratitud hacia los terapeutas que le han prestado ayuda. La mejoría es ligera y lenta, pero progresiva: se consi-gue que deje de usar el luto riguroso para empezar a vestir *de alivio*; poco a poco recupera la sociabilidad (sale con su vecina, ya no rechaza a la gente) y, hasta cierto punto, el sentido del humor (reacciona con amplias sonrisas a las *regañinas* de los terapeutas cuando se le descubre alguna falta). El restablecimiento, sin embargo, no ha sido todavía completo: el hijo sigue ocupando sus pensamientos la mayor parte del tiempo, y ella todavía llora cuando se le pregunta por él.

Segundo caso

Una adolescente de 18 años, soltera, estudiante, de medio urbano. Vive con sus padres y tres de sus hermanos (uno gemelo y dos más

jóvenes, varón y hembra). Tiene dos hermanos más, mayores (varón y hembra), ya independi-zados del hogar.

La hermana más pequeña falleció hace mes y medio en un accidente de tráfico. Desde entonces, la paciente se encuentra a tratamiento con Prozac y Lexatin por los médicos de la U.S.M.; su madre (empleada en el servicio doméstico) se encuentra de baja laboral, y con el mismo tratamiento. Su padre (repartidor de periódicos) también está de baja: él conducía el vehículo y sufrió politraumatismos ligeros.

Acude al hospital a consulta, remitida por su médico de cabecera «porque le dan mareos y se cae al suelo». El cuadro se inició a raíz de la muerte de su hermana. Se siente culpable «porque tenía que haber ido en el puesto de ella»: ella (la paciente) acompaña habitualmente a su padre en la repartición de los periódicos, pero aquel día le dolía el vientre y pidió a su hermana que fuese en su lugar. Desde que ésta murió en el accidente, dice que quiere morirse para reunirse con ella y manifiesta intenciones de matarse. Sufre *crisis nerviosas*, que consisten en estallidos emocionales, mareos y desvanecimientos. Llora continuamente, se aísla en su habitación, no come, tiene pesadillas, ha dejado de ir al colegio y ya no sale con sus amigas.

El psiquiatra que la atiende en esta consulta tiene la impresión de «una reacción de duelo complicada» y pide una cita para valoración e intervención.

En la primera sesión (27-IX-93) están presentes la psicodramatista (M. F. B.), una M.I.R. de psiquiatría (M. F. V.), la paciente (M. A. P.) y su madre (F. P.).

Durante la entrevista inicial, la paciente se niega a hablar: asiente o niega con la cabeza, y dice que nos cuente su madre. Obtenemos la siguiente información:

El padre es distribuidor de periódicos. Su hija (la paciente) le ayuda habitualmente en el reparto. Aquel día, ésta se sintió mal y pidió que fuese su hermana con él en su lugar. Hubo un accidente del que la hermana resultó muerta y el padre con diferentes lesiones sin mucha gravedad. La paciente se siente culpable: no soporta la idea de la muerte de su hermana, quiere recuperarla a toda costa, y tiene frecuentes arrebatos de cólera (fase de ira). Ambas estaban muy unidas: compartían el dormitorio y el mismo grupo de amigas.

Desde que murió la hermana, no va al colegio: se pasa el día encerrada en casa (fase de aislamiento y depresión, con pérdida de funcionalidad). Apenas come, vomita, duerme mal, tiene mareos, dolores de cabeza y desvanecimientos

(fase de choque). Sueña todos los días con su hermana, y asegura que ésta le habla y le dice que se reúna con ella (aferramiento de la figura perdida con intento de recuperación). Ellas dos hablan de cosas, que no quiere contarnos porque «son secretos de ellas que no se pueden revelar». Considera que tenía que haberse muerto en lugar de su hermana, y estaría dispuesta a matarse para ir junto a ésta (se aproxima al trueque propio de la fase de pacto o regateo; persiste en el intento de recuperación). Es la persona que más quiere (todavía habla de ella en presente): ni el resto de su familia ni sus amigos pueden compensar el vacío que ha dejado (se resiste a la revinculación). Se niega a reconocer que está muerta (fase de negación); asegura que su hermana sigue en el colegio o en casa, pero una y otra vez comprueba que no es así, y no lo puede soportar (desesperanza).

No fue al entierro, porque no lo permitió su tío, considerando su estado; no vio tampoco a su hermana muerta, antes de que la enterraran; ha ido al cementerio y ha visto la tumba, pero no está el nombre en la lápida y esto le sirve para argumentar que no ha sido enterrada (factores de mal pronóstico de cara a la aceptación).

Cada vez que va al cementerio, sufre crisis de agitación: llora, chillaba y se quiere tirar por el suelo (fase de choque); a la vez afirma que no soporta que su hermano gemelo haga lo mismo («se pone histérico»).

Pedimos a la madre que nos hable de sus sentimientos y de la hija muerta; la paciente se levanta, llora, intenta abandonar la sala y pide a su madre que se calle, porque «No quiero oír todo eso» (parece una aparatosa llamada de atención sobre su desvalimiento: no soporta su culpa ni su dolor, por tanto evita ser confrontada con la realidad —negación— y admitir que otros puedan estar tan mal o peor que ella).

A pesar de todo, quiere que le ayudemos a sanar (factor de buen pronóstico), aunque no sabe cómo.

Valoración. La paciente no ha superado todavía la fase de choque y se encuentra predominantemente en fase de aislamiento y negación (la pérdida es todavía reciente), aunque ya presente sintomatología —muy desestructurada— de las fases de ira, pacto, y depresión. En este momento, todavía no puede asumir la pérdida ni imaginar la revinculación con otras figuras. Hay que dejar pasar el primer impacto y trabajar para el reconocimiento de que la situación es irreversible (aceptación). Después, podrá continuarse el proceso hacia la decatexis y la revinculación con el entorno.

Intervención. Pedimos a su madre que exprese en voz alta sus temores respecto a la paciente, esperando que esto le haga tomar conciencia de que ella también puede hacer sufrir a los que la quieren, para contrarrestar su resistencia a la revinculación: «que no sane, que se quede así, que se mate...». Si esto ocurriera, «me volvería loca». La madre también siente deseos de morir, pero aguanta como puede delante de la familia. Ha pedido una baja laboral «cuando murió la niña; si a ésta le ocurriese algo también, no lo resistiría» (el riesgo de suicidio es bajo en el caso de la madre).

Seguidamente, pedimos a la paciente un cambio de roles con su hermana, para que imagine qué podría querer decirle ésta, pero se niega a hacerlo.

Buscamos otras relaciones importantes en su entorno, y conseguimos que responda: sus padres, sus hermanos y su amiga *Pipi*. Le pedimos que piense todos los días cómo se sentirían estas personas si ella desapareciese o sufriese algún daño (se trata de prescribir como *tarea para casa* un cambio de roles imaginario con las personas significativas de su átomo social para ayudar a la revinculación).

Se indica a la madre que lleven a la paciente al cementerio, y que pongan en la lápida el nombre de la otra hija lo antes posible, para acelerar el reconocimiento de la pérdida (aceptación).

Después de unas indicaciones sobre el tratamiento farmacológico, se concierta la próxima cita para una semana más tarde.

En este caso, el equipo terapéutico tiene intenciones de continuar el tratamiento por considerar que no se ha podido intervenir directamente sobre la paciente, habiéndose focalizado el trabajo más bien en el manejo de su entorno. Intentamos garantizar la adherencia (colaboración) de la paciente al tratamiento.

Tres días antes, se les avisa por teléfono para cambiar la cita, por imposibilidad para atenderles en el día previsto. Hablamos con la madre y nos cuenta que la paciente está mucho mejor desde la sesión: ya no se marea ni cae, no tiene crisis de agitación y está mucho más tranquila (ha superado la primera fase del proceso de duelo —la fase de choque—). En lugar de acudir a consulta el día que se les sugiere, prefieren llamar ellos por teléfono más adelante.

En la segunda sesión (8-XI-93) —solicitada por ellos telefónicamente, tal como se acordó— están presentes, además de la paciente y su madre, su padre (M. A.) —que sólo había venido a acompañarlas, pero le hicimos entrar en la sala—, la psicodramatista y un M.I.R. de psiquiatría (A. G. V.).

La paciente no ha vuelto a tener mareos ni desvanecimientos (ha transcurrido mes y medio desde la primera sesión). Ha vuelto al colegio, los estudios van bien y empieza a salir con sus amigas (recuperada la funcionalidad, superada la fase de aislamiento, comienza la revinculación). Han cumplido las prescripciones (pensar en los que la quieren, ir al cementerio, poner el nombre de la hermana en la lápida) y continúan con el tratamiento farmacológico.

Persisten las pesadillas, pero su hermana ya no le dice que se mate, sino que le ponga 14 velas (una por día, en días sucesivos) en el dormitorio. Una vez que se consuman, todo estará en orden y las dos quedarán tranquilas (la propia paciente propone una medida terapéutica para la resolución definitiva del proceso, que es aprovechada por los terapeutas: si surte efecto, no será necesario intervenir más).

La madre también está mejor: ha vuelto a bajar, aunque tuvo que pedir en este tiempo una nueva baja de quince días por una caída con magulladuras (ya está recuperada). Nos enseña fotografías de la hija muerta con el consentimiento de la paciente, que en la sesión anterior se había negado violentamente.

El padre no quiere hablar de él. Lloro sin poder contenerse cuando le preguntamos cómo se encuentra, pero dice que ya lo superará él como pueda: no quiere ayuda profesional. Él sigue trabajando, come y duerme bien.

Acordamos volver a vernos cuando se hayan consumido las velas (o antes si lo necesitasen). El tratamiento farmacológico será controlado desde la U.S.M.

Tres meses y medio después de la segunda sesión, en el momento de escribir el trabajo, no hemos vuelto a recibir noticias de esta familia. Suponemos, por tanto, que se resolvió el problema. Nuestra impresión, en este caso, es que la paciente pudo empezar a recuperarse al comprobar que nadie le culpa (esto alivió su angustia e hizo más llevadero el dolor) y que todos están muy preocupados por ella (lo cual permitió la revinculación).

Tercer caso

Un varón de 59 años, viudo, conductor, de medio urbano. Tiene una hija casada e independizada del hogar. Vivía con su esposa, hasta que ésta falleció. En estos momentos, se encuentra residiendo temporalmente en casa de su hermana.

Es un sobrino del paciente quien solicita la consulta en la U.S.M., porque le ve muy mal desde que desapareció su esposa, un mes y medio

antes. Tienen motivos para sospechar que ella se tiró al río, porque sufría una depresión grave por la que se encontraba en tratamiento desde mucho tiempo atrás. Junto al río, aparecieron algunos objetos personales de la mujer, sin embargo, su cuerpo no ha sido encontrado. El paciente presenta desde entonces trastornos del sueño (insomnio, pesadillas...) y está muy abatido. Se le dio un tratamiento a base de ansiolíticos y antidepresivos, que hubo de ser suspendido por la aparición de una hepatitis.

El médico (un M.I.R. de psiquiatría) que le atiende en la U.S.M. considera que se trata de un duelo complicado —un duelo anticipado, ya que el cadáver no ha aparecido— y, conociendo los antecedentes de otros casos de duelo trabajados en el hospital, solicita la intervención a fin de confirmar el diagnóstico y, en su caso, ayudar al paciente a elaborar el duelo.

Intervención. La sesión (4-V-93) se celebra en la sala de terapia de la U.S.M., estando presentes la psicodramatista (M.F.B.), el M.I.R. responsable del paciente (L.C.D.), un P.I.R. (L.S.M.), el paciente (R.B.G.) y un equipo adicional de observación detrás del espejo (médicos residentes de psiquiatría y medicina familiar, psicólogos y A.T.S.).

El paciente ha sido informado previamente por su médico sobre el estilo y sentido de la intervención. Se muestra en todo momento muy colaborador: está desesperado por su situación y admite cualquier tipo de ayuda que se le pueda ofrecer. Demuestra mucha necesidad de hablar y descargar su angustia: hay que utilizar con él un estilo muy directivo para centrarle en temas concretos y trabajar las escenas.

Caldeamiento. En la entrevista inicial, se le pregunta por su situación y sintomatología, y refiere que no puede dormir desde que le suspendieron el tratamiento: antes de eso, lograba dormir aproximadamente cinco horas. Si logra dormir, tiene pesadillas. Está muy triste y deprimido desde que desapareció su mujer, «el 24 de marzo».

Está viviendo temporalmente con su hermana y su cuñado. Quisiera volver a su casa, pero todavía se siente incapaz de afrontar solo la vida cotidiana. Lleva mes y medio en esta situación.

— *Pd (psicodramatista):* ¿Puede contar lo que pasó ese día?

— *P (paciente):* Lo intentaré.

«Ese día... Yo despertaba siempre antes que mi mujer. Yo entro más tarde a trabajar. Ese día fue al revés: ella fue la que me llamó a mí. Despertó antes..., si es que durmió. Yo le recordaba siempre si a la noche tomaba las pastillas

(estaba a tratamiento con Ludiomil e Idalprem). Ese martes se lo recordé, pero yo no lo controlé (si las tomó), ni en días anteriores. Y después aparecen tres cajas enteras de Ludiomil (no estaba tomando el tratamiento). Yo creía que estaba bien. El día 16 de marzo había pasado revisión en la Residencia, y no cogió la receta. Le dijeron que estaba bien. Estaba contenta... Cuando ella me llamó aquella mañana, es posible que no hubiese dormido. Yo dormí aquella noche (a veces se despierta y se levanta porque tiene problemas de próstata, pero aquella noche no despertó, o no recuerda si se levantó como otras veces). Ella dijo: «es tarde y no me he levantado». Yo miré el reloj y dije: «no, tarde no es; son horas de levantarse, pero tarde no es». Se levantó, se arregló como siempre. Se iba a marchar y le dije: «lleva las gafas» (...), porque a veces se le olvidaban, «y lleva las llaves». Le recordé esas dos cosas, como la noche anterior con las pastillas. Marchó y sentí abrir la puerta del portal. Siempre la sentía también cerrar, pero esta vez pasaron unos minutos y no la sentí. Pensé que no habían llegado sus compañeras (todos los días venían a buscarla) y que se había quedado en el portal esperando. Al cabo de un rato, bajé y la puerta estaba abierta. Últimamente estaba deprimida como habitualmente (no más), pero no lloraba, como otras veces».

La psicodramatista señala las cosas inhabituales que detecta el paciente: no levantarse él como otras noches, despertarse su mujer antes, la puerta del portal abierta... El paciente continúa el relato:

El 17 de marzo (siete días antes de la desaparición) había llamado la madre de una amiga de su mujer, que tiene graves problemas de salud, para decir que iba a venir su hija el día de San José (19 de marzo), y que fueran a verla. Por su parte, el conserje de ellos, que se llama José, les pidió también que fueran a pasar el día a su casa. La mujer del paciente (G.) se angustió con la indecisión entre ir a una casa o a otra, y él tuvo que proponer una solución: ir a los dos sitios. No había, sin embargo, ningún indicio que permitiera anticipar lo que iba a ocurrir. En otras ocasiones, G. estuvo mucho peor. (El paciente se debate entre la búsqueda culpable de indicios y el rechazo de su posible culpabilidad).

Retoma el asunto del portal: le extrañó mucho encontrar la puerta abierta. Dos veces, en la mañana de la desaparición, se le ocurrió pensar que su mujer tal vez no había ido a trabajar, y tuvo intención de llamar a su jefe para comprobarlo, pero no tenía motivos concretos que justificasen aquella ocurrencia y descartó

la idea (aún no sabía nada de lo ocurrido). Cuando llegó a su casa de vuelta del trabajo, estaba su cuñado esperándole: había llamado el jefe de G. a las doce diciendo que ella no había ido a trabajar, y estaba extrañado porque era muy cumplidora y siempre avisaba cuando no podía ir porque se encontraba mal.

«Tiré para el taller. Frente al taller, hay una bajada que da acceso al río. Fui inmediatamente para allí. Ya se me había metido en la cabeza, porque sabía que las personas depresivas tienen tendencia a hacer esas cosas...».

Dos años antes, había visto a una señora por el río, que más tarde se tiró del puente. Reconoció su cara en la prensa. Cuando comentó que él la había visto, le dijeron: «si hubieras intervenido, habrías evitado que se matara» (le cuesta pronunciar esta frase y la dice con culpa). «Pero, ¿cómo iba a saber..., si veo a una mujer con aspecto triste..., cómo iba a ir a preguntarle...?». Es lo mismo que ahora se dice con el caso de su mujer: «Si hubiera intervenido a tiempo...».

Continúa el relato:

Al saber que su mujer no había ido a trabajar, fue derecho al río con su cuñado. Describe el lugar del río donde supone que se ahogó: aguas termales, cantos rodados, corriente, profundidad..., el mismo lugar por donde él la acompañaba para tratar sus dolores con las aguas termales. Cree que ella tenía obsesión con el río, pero en ningún momento tuvo indicios suficientes para sospechar lo que iba a hacer. Sin embargo, cuando supo que no había ido al trabajo, fue directamente al río. Al borde del río, al día siguiente, aparecieron el bolso y el chaquetón de G. El río estaba bajo en ese momento y no había agua por allí. Cuando hay agua, no tiene más de 50 ó 60 cm de profundidad. Para encontrar más profundidad, hay que caminar hasta el centro. Allí uno no puede ahogarse, pues para que el agua cubra, hay que acostarse. Una corriente que va hacia la orilla probablemente arrastró el bolso y el chaquetón. Ella debió tirarse por aquella zona, pero en el centro del río. Le sorprende que nadie la viera antes. No le sorprende, en cambio, que no se haya encontrado el cuerpo.

Las compañeras de G. (una de ellas era su cuñada) le contaron después que ella por la mañana les dijo que se marcharan, seguramente para quedarse sola, y debió entonces dirigirse al río. El paciente sospecha que esperó en el portal hasta que se fueron —de ahí lo de la puerta— y después tomó en el otro sentido.

Al día siguiente, dos señoras conocidas dijeron haberla visto a las 11 h. 10' de la mañana

en la parada del autobús, y se extrañaron porque a esas horas debería estar trabajando. El paciente cree que están equivocadas, que la vieron el día 16 cuando fue al médico, pero ellas aseguran que fue el día 24 (el de la desaparición).

Un guardia civil, casado con una pariente de ellos, rastreó mucho la zona y la buscó incluso en Vigo y en Valença de Miño (Portugal). Allí, el dueño de un comercio asegura haberla visto recientemente. El paciente confirma este dato precisando que fue un mes antes: él y su mujer habían ido juntos. El guardia civil venía dejando fotos de G. por donde preguntaba y, en un bar, cerca de R. (una villa cercana a la ciudad donde viven), un señor asegura haberla visto por la calle «X» a las 13 h., envuelta en una discusión con un vendedor de lotería, el mismo día de la desaparición, describiendo además su ropa correctamente. Si esto es cierto, ella estaría aún viva cuando la buscaban por el río. (El paciente busca razones para mantener la esperanza, y a la vez descarta toda posibilidad con pruebas contradictorias).

Nadie la vio aquella mañana por los alrededores del río, salvo una señora que vive cerca y asegura haberla visto el día 24 por la tarde, «paseando como si estuviera esperando por alguien», describiendo correctamente su bolso. Dicha señora estuvo incluso a punto de decirle que lo llevaba abierto.

— *Pd.*: ¿Está convencido de que su mujer está muerta o le quedan dudas?

— *P.*: Por lógica, pienso que sí.

Está prácticamente convencido, sólo queda una duda remota que responde a la esperanza. (No hay negación de la pérdida, por tanto, ni apenas esperanza de recuperación del objeto perdido).

Explicamos al paciente el sentido de trabajar con la *acción* además de la *palabra*. Su médico ya le había explicado previamente lo que se podría hacer en la sesión (reproducir cosas que le han ocurrido). El paciente advierte que ya se ha angustiado mucho durante las entrevistas con el médico, aunque lo que desea es ponerse bien. Aprovechamos esta observación para explicarle que, para ello, «es necesario sacar la angustia». Le advertimos de la presencia de observadores detrás del espejo, explicando el sentido de su colaboración. Designamos dos ego-auxiliares (el M.I.R. y el P.I.R.) aclarando su función, ya ajustada a la estructura de escena que la psicodramatista ha seleccionado a partir de las declaraciones del paciente (polarización *culpabilidad-inocencia*).

Acción. Cada ego-auxiliar se va a convertir en una parte del paciente: la parte culpable y la parte inocente. Él adjudica los roles, aceptando esta *disociación* como ajustada a su situación. Su médico (M.I.R., L. C. D.) será *el culpable*; el otro (P.I.R., L. S. M.) será *el inocente*. Se disculpa por dar a su médico el rol del culpable, explicando que lo hace así por tener más confianza.

Montamos una escena con *el culpable*. Pedimos al paciente que imagine que es culpable de lo sucedido: después hará un soliloquio sobre lo que siente.

— *P.*: No me veo cumpliendo un castigo determinado. Me veo responsable, y siento un disgusto grande por lo que se me dice.

Le pedimos una escena en un lugar y tiempo concretos.

— *P.*: Cuando me enteré de la desaparición... Fue tremendo, con un nerviosismo..., pero sin obcecarme en que ya había muerto.

— *Pd.*: ¿Cuándo empieza a sentirse culpable?

— *P.*: (Ya antes). Cuando, aquella mañana, estaba trabajando y, de repente, se me ocurre que mi mujer puede no haber ido a trabajar.

Tuvo esta ocurrencia dos veces: la segunda de ellas, estaba conduciendo la camioneta por la calle. Introducimos la camioneta —un sillón— en la escena, y al ego-auxiliar *culpable* conduciéndola, en el momento en que se le ocurre que su mujer a lo mejor no ha ido a trabajar. El paciente, detrás, debe hacer un soliloquio:

— *P.*: Esta mujer a lo mejor no ha ido a trabajar.

— *Pd.* (doblando al paciente para ayudarlo): ¿Por qué se me ocurre esto?

— *P.*: Su actitud no era normal. No sentí el ruido de la puerta al cerrar...

— *Pd.* (doblando a P.): Tendría que haber bajado inmediatamente.

— *P.*: Por un detalle nimio... No tenía sentido (rechaza la culpabilidad, saliéndose del rol).

— *Pd.* (doblando a P.): ¿Qué tendría que haber hecho? ¿Por qué se me ocurren estas cosas? (para meterle en el rol).

— *P.*: Si hubiera bajado y hubiera visto a las compañeras irse solas me preocuparía, pero seguramente no las habría visto ni a ella ni a las otras (sigue rechazando la culpabilidad).

— *Pd.* (doblando a P., insiste): Pero, ¿iría a trabajar? ¿Qué estoy sospechando?

— *P.*: ¿Haría una barbaridad? Puede estar vagando de un lado a otro, como otras veces.

— *Pd.* (doblando a P.): ¿Tiene motivos ella para escaparse de la vida o de mí? (para afirmar o descartar los sentimientos de culpabilidad).

— *P.*: No, en absoluto, al contrario.

Como el paciente descarta su culpabilidad, pedimos un cambio de roles con el ego-auxiliar, para que sea éste quien haga el soliloquio del *culpable*, aclarando que vamos a hacer una exageración de la parte culpable, sin pretender reproducir exactamente la realidad. Si la escena se aparta mucho de ésta, el paciente podrá hacer después las correcciones oportunas. Toma por tanto la palabra el ego-auxiliar en soliloquio.

— *EA.*: ¿Habrá ido a trabajar? No oí la puerta; tendría que haber bajado a asegurarme... Tendría que haber comprobado si tomaba la medicación. Últimamente no la encontraba muy bien. Se levantó antes que yo..., es muy raro. Puede haberle pasado algo. Tendría que haber sido más precavido.

Pedimos un cambio de roles: el paciente debe repetir, corrigiendo, el soliloquio del ego-auxiliar.

— *P.*: Yo no me vi culpable en este aspecto. Sólo veo un grado de abandono por mi parte. Ahora sufro unas consecuencias tremendas: la angustia..., siento como lástima de mí... (Destaca su desvalimiento para que no se le culpabilice más).

— *Pd.*: Vamos a quedarnos con esa frase: «siento como lástima de mí». Así que toda la culpabilidad que es capaz de sentir se refiere a «Tenía que haber actuado más rápidamente», nada más. No hay ningún sentimiento de «Pude haber provocado esto; hice algo que provocó que mi esposa se escapase».

— *P.*: No. Llevaba años con la enfermedad y era consciente de la gravedad.

El paciente admite, sin embargo, que podría haberlo evitado si se centrara más en ella, con más atención, más precaución y una actuación más rápida. Ésa es la culpa máxima que es capaz de sentir.

Sacamos al ego-auxiliar *culpable* de la escena y el paciente ocupa su lugar en la camioneta. Ahora introducimos la escena del *inocente*, en el extremo opuesto. El paciente hace un soliloquio.

— *P.*: ¿Por qué se me viene esta idea a la cabeza? No voy a llamar a la empresa diciendo: «se me vino esto a la cabeza... Es que dejé la puerta del portal abierta...». No había otra razón. Si hubiera otra base..., que yo no la veía.

Traemos a la escena al ego-auxiliar *inocente*, con la siguiente indicación: éste no tiene nada que ver con lo que ocurrió, ni siquiera en el sentido de «tendría que haberse ocurrido...». Con esta maniobra, intentamos desterrar todo

sentimiento de culpabilidad que pueda estar complicándose con la tristeza por la pérdida, de manera que el paciente quede aliviado al menos en este aspecto. Pedimos al paciente un soliloquio, con el ego-auxiliar detrás de él para doblar.

— *P.*: Es difícil porque, al haber sentimientos, uno no puede sentirse inocente.

— *Pd.*: Porque está angustiado y triste, pero una cosa es estar angustiado y triste, y otra ser culpable. ¿Cómo piensa el inocente?

El ego-auxiliar que hizo de *culpable* sale totalmente de la vista del paciente para no interferir los sentimientos y facilitar que se meta en el rol.

— *P.*: Yo no hago una declaración imparcial, me es imposible. Puedo dar una opinión de inocencia para animar a otra persona, pero en mi estado no puedo, mi opinión no es imparcial, siempre está influida.

Confrontado abiertamente con la culpabilidad, el paciente la descarta, pero también es incapaz de asumir una inocencia absoluta, y esta ambivalencia le perturba. Solicitamos al ego-auxiliar *inocente* un doblaje del paciente, para introducirle en este rol.

— *EA.*: Mi mujer a lo mejor no ha ido a trabajar. Pero, ¿cómo se me ocurre a mí pensar esto? Es una tontería, que seguramente no tiene ninguna importancia. No sé, dejé la puerta del portal abierta..., a lo mejor... No, debe ser una tontería. Ella tiene sus depresiones, pero... Esto..., será otra como siempre. Al fin y al cabo, no la veo que esté peor de lo habitual. Seguro que no pasa nada. No voy a llamar al trabajo... Estas cosas que se me ocurren... Es normal, es producto de mi preocupación y de mi miedo.

— *Pd.* (ayudando y dirigiendo al ego-auxiliar): ¿Y mis relaciones con mi mujer?

— *EA.*: Son buenas, me llevo bien con mi mujer. Siempre estoy pendiente de ella, siempre la estoy apoyando... La quiero como a nadie en el mundo. Vamos, por mi causa no puede haber hecho nada raro.

— *Pd.* (ayudando al ego-auxiliar): Todos los días le pregunto por las pastillas y me dice que las toma. Me preocupo lo suficiente de ella.

— *EA.*: Estoy siempre pendiente de ella. La quiero como a nadie en el mundo.

— *Pd.* (al paciente): ¿Se lo podría imaginar así al inocente, aun con toda la angustia?

— *P.*: Sí, intentando evadir esa responsabilidad... Si hubiera obrado de otro modo, habría sido distinto, pero la captación humana no llega a eso. A mí se me fue de las manos.

Se arrima otro sillón a la escena para poner juntos a los dos ego-auxiliares y contrastar los dos roles.

— *Pd.*: No puede remediar ese dolor, ¿verdad? Pero, tampoco es culpable del todo.

— *P.*: No debiera de ser.

Se saca al paciente de la escena, metiendo a los dos ego-auxiliares y situando al paciente frente a ellos.

— *Pd.* (al paciente): Usted no está en ninguno de los dos sitios. ¿Es capaz de identificarse plenamente con el inocente o plenamente con el culpable?

— *P.*: Ahora mismo no.

— *Pd.* (indagando el estado vivencial, la fase de duelo y posibles complicaciones o riesgos): ¿Usted qué es en este momento? Un hombre fundamentalmente angustiado por la pérdida de su mujer. No sabe cómo hacer para recuperarla.

— *P.*: (asiente con la cabeza).

— *Pd.*: ¿Tiene esperanzas de recuperarla?

— *P.*: A decir verdad, casi ninguna. Yo pienso que no.

— *Pd.*: Está convencido de que no. Aunque se angustie y aunque lllore. Imagino que piensa todas las noches en ella, y todos los días, y llora (se está estimulando la descarga).

— *P.*: (asiente con la cabeza, llorando en silencio).

— *Pd.*: ¿En algún momento ha tenido la impresión de que ella está a su lado, de que vuelve por la puerta?

— *P.*: (niega con la cabeza, llorando).

— *Pd.*: ¿Le han dado ganas de tirarse al río?

— *P.*: (niega con la cabeza, llorando).

— *Pd.*: ¿Piensa que querría cambiar su vida por la de ella?

— *P.*: (asiente con la cabeza, llorando).

— *Pd.*: ¿Ha ideado algún plan para hacerlo?

— *P.*: (niega con la cabeza, llorando).

— *Pd.*: ¿Sería capaz de hacerlo? ¿Sería capaz de matarse?

— *P.*: No, yo..., eso me parece... Yo creo que es un pensamiento feo.

Se hace al paciente girar sobre sí mismo pidiéndole que, mientras gira, se vaya convirtiendo en G., su mujer. La psicodramatista, a su vez, asume el rol del paciente, situándose frente a él, entre los dos ego-auxiliares, el inocente y el culpable. Desde este doble cambio de roles, la psicodramatista explica que el auténtico R. (el paciente) es un hombre que está en medio de los otros dos, que no es del todo inocente ni del todo culpable: es un hombre angustiado por la pérdida de su mujer, casi seguro de que no va a volver, pero que no sabe dónde está.

— *Pd.* (haciendo de R., el paciente, y dirigiéndose a G., su mujer, representada por el paciente):

Me has dejado sin ninguna explicación, sin ningún aviso. ¿Qué me puedes decir? ¿Qué me puedes explicar?

Con esta intervención, la psicodramatista pretende facilitar una descarga vicaria de la posible ira contenida del paciente (lo hace ella por él, jugando su rol), y buscar un sentido a la pérdida que pueda aliviar la tristeza y la culpa: el paciente debe buscar una explicación desde el rol de su mujer. Ello permitiría proseguir el proceso de duelo con normalidad (se encuentra en fase de depresión-desesperanza y necesita la revinculación).

— *P.* (haciendo de G., la mujer): No lo pude resistir, la enfermedad me venció.

— *Pd.* (haciendo el rol de P.): ¿Qué te hice yo para que me hicieras esto?

— *P.* (haciendo de G.): Estaba hundida. Me veía hundida, no podía más. No resistía este sufrimiento.

En el transcurso de esta conversación, varias veces hay que ayudar al paciente a meterse en el rol de su mujer, enseñándole a hablar *desde ella*, en primera persona, y no *de ella*, en tercera persona, como es su tendencia. También se le ayuda a buscar, desde ella, explicaciones que le sirvan a él.

— *Pd.* (dirigiéndose a G., representada por P.): Dígale a R. (el paciente), explíquele por qué ha tenido que irse. Él necesita saber por qué se ha ido...

— *P.*: Pienso que sería para no complicarnos a nosotros (llora copiosamente mientras hace este rol, se sale de él, hay que ayudarlo a seguir...). Su idea era no molestar.

— *Pd.* (como G., repite y matiza la última intervención de P. para meterle en el rol de su mujer): Era para no complicaros la vida. Yo estaba sufriendo mucho y os hacía sufrir a vosotros. Era una carga. Os daba preocupaciones y trabajos.

— *Pd.* (reasumiendo su propio rol, se dirige a G.): G., usted también necesita que R. lo entienda, para dejarle más tranquilo a R., que tiene que aceptar que usted se ha ido, y lo necesita. ¿Le puede decir qué cosas buenas se ha llevado de él? (se intenta reforzar la autoestima del paciente).

— *P.* (como G.): Su gran cariño.

— *Pd.* (dirigiéndose a G.): A pesar de su depresión y su enfermedad, ¿ha sido feliz con R.? (para aliviar la culpa).

— *P.* (como G.): Sí.

— *Pd.*: ¿Ha hecho esto para fastidiar a R.? (para neutralizar la posible ira contenida en P., por el abandono, si la hubiere).

— *P.* (como G.): No.

- *Pd.*: ¿Por qué lo ha hecho? Dígaselo bien claro, que R. todavía no lo entiende (para buscar un sentido a la pérdida, aliviar la tristeza y facilitar la revinculación).
- *P.*: Al verse incapacitada, la mejor forma de solucionararlo era quitarse la vida. No quería preocupar ni hacer sufrir (sigue sin meterse en el rol, habla en tercera persona de ella, no desde ella, pero es evidente que se está poniendo en su lugar).
- *Pd.* (doblando al paciente en el rol de G.): Yo sé que te voy a causar un sufrimiento muy grande, pero es más llevadero que un sufrimiento permanente durante muchos años si yo sigo aquí contigo.
- *P.*: Sí, pero yo lo prefiero (se sale definitivamente del rol de su esposa).

Se envía al paciente a ocupar su rol en medio de los dos ego-auxiliares. La psicodramatista le entrevista.

- *Pd.*: Dígame, ¿qué preferiría usted?
- *P.*: Yo preferiría que viviera.
- *Pd.*: Esto no es posible. Ya se ha ido y no va a volver (forzando la toma de conciencia sobre la irreversibilidad). Si tuviera la oportunidad de despedirse de ella ahora, ¿qué le diría? (para desterrar la esperanza de la recuperación y cancelar posibles asuntos pendientes).
- *Pd.* (haciendo de G., se dirige a P.): Yo voy a desaparecer y no voy a volver nunca más.
- *Pd.* (reasumiendo su propio rol, se dirige a P.): Es la última oportunidad, y tiene unos minutos para despedirse de ella (se está intentando llevarle al límite para facilitar la desvinculación). ¿Qué le diría?
- *P.*: No me despediría. La convencería para que no se fuera.
- *Pd.* (como G.): Me voy a ir, es mi vida, es inevitable. Puedes hacer dos cosas: obcecarte en vano, porque me voy a ir, o aprovechar la oportunidad que tienes de decirme cosas por última vez. Pero me voy a ir, porque es un sufrimiento muy grande; no soporto esta situación, este sufrimiento, ni hacerte sufrir a ti. Entonces me voy. ¿Quiéres decirme algo?
- *P.*: Es que..., no puedo... Tengo que aceptarlo (musitando).
- *Pd.*: Tiene que aceptarlo, que se va. ¿No quiere decirle nada?
- *P.*: Que no se vaya (musitando).

El paciente se aferra desesperadamente a la idea de retener a su esposa, como si aún pudiera evitar su partida; por ello, para no fomentar una falsa esperanza, se interrumpe la escena. La psicodramatista retira todos los elementos que configuraban el escenario y entrevista al paciente, de pie, en medio de la sala.

- *Pd.*: ¿Cómo es su vida sin ella?
- *P.*: Vacía.
- *Pd.*: ¿No tiene nada ni nadie que pueda ayudar a superar esta situación? (buscando la revinculación).
- *P.*: Pues, nuestra hija.
- *Pd.*: Su hija está casada, ¿verdad?
- *P.*: Sí.
- *Pd.*: ¿Tienes hijos?
- *P.*: No.
- *Pd.*: ¿Le gustaría tener nietos?
- *P.*: Sí.
- *Pd.*: ¿Qué le gustaría tener, un nieto o una nieta?
- *P.*: Me es indiferente.
- *Pd.*: ¿Qué le gustaría a G.?
- *P.*: A ella, quizá un nieto.
- *Pd.*: ¿Su hija quiere tener hijos? ¿Va a tenerlos o lo está intentando?
- *P.*: De momento no, porque está preparando oposiciones.
- *Pd.*: ¿Cómo sería su nieto? ¿Cómo le gustaría que fuera? (forzando a imaginar el futuro con alivio y esperanza, para cerrar la escena).
- *P.*: Yo nunca escojo.
- *Pd.*: ¿Se imagina en su casa con su nieto?
- *P.*: Sí.
- *Pd.*: ¿Dónde estaría? ¿Cómo se lo imagina? ¿Cómo se llamaría?
- *P.*: Lo dejaría a su decisión (la de su hija). Lo imagino corriendo por la casa.
- *Pd.*: Pues, que sea pronto...
- *P.*: Vamos a ver.

Clausura.

- *Pd.*: ¿Quiere que comentemos algo? ¿O preguntar algo?
- *P.*: Pues, de momento no. Seguramente reflexionaré. Parte de esas reflexiones ya me las hice yo también (hay *insight*), pero no encajo en el papel de inocente. Me gusta ser responsable.
- *Pd.*: Sí, pero ahora dice *responsable*, no *culpable*. No ser inocente no quiere decir ser culpable: hay un término medio que es ser responsable.
- *P.*: Sí, es cierto.
- *Pd.*: ¿Tiene usted la culpa de lo que ha pasado?
- *P.*: Yo creo que no, pero no estoy en condiciones de analizarlo.

Se le emplaza para futuros contactos si los necesitase. Él se muestra preocupado por su sufrimiento y duda de un posible alivio, puesto que no puede tomar los fármacos. Se le anticipa el curso del cuadro y la dificultad especial que plantea su caso por no haber encontrado el cuerpo ni haber vivido un entierro: lo pasará muy mal unos meses, pero se recuperará con el paso del tiempo, con la medicación —cuando ésta

pueda restituirse—, y con la ayuda de todos los profesionales que se ocupan de él. Damos la sesión por terminada (1 h. 30').

Seguimiento. Un mes después de la sesión, supimos por la prensa que había aparecido el cuerpo de G. en un margen del río. Un mes y medio después de la aparición, el paciente había entrado en contacto con su médico en dos ocasiones más, refiriendo una notable mejoría. Tres meses después de la sesión, en el verano, la hija del paciente vuelve a casa a pasar las vacaciones y entra en crisis ante la ausencia de la madre, acudiendo a la consulta de la U.S.M., también con un cuadro de duelo. Allí informa de que su padre se encuentra perfectamente.

BIBLIOGRAFÍA

- FILGUEIRA BOUZA, M. S.: *Psicodrama - Intervenciones focalizadas*. Siso Saúde (Boletín da Asociación Galega de Saúde Mental), 1989 (Oto.-Inv.), 14, 7-29.
- FILGUEIRA BOUZA, M. S.: *Psicodrama - Intervenciones focalizadas, II*. Siso Saúde, 1990 (Ver.), 15, 36-54.
- LAMAS CREGO, S. y FILGUEIRA BOUZA, M. S.: «Pranto» - *Psicodrama popular contra el duelo patológico*. Vínculos (Revista de psicodrama, terapia familiar y otras técnicas grupales), 1992 (Inv.), 4, 81-127.
- NOVAS LORENZO, M. J. y PÉREZ RODRÍGUEZ, M. A.: *Intervenciones psicodramáticas en grupo de psicóticos*. Siso Saúde, 1993 (Inv.), 21, 19-30.



CARTA/S A/DE DANIEL

TEODORO HERRANZ CASTILLO

Psicoterapeuta

INTRODUCCIÓN

Este trabajo es una invitación para que la confusión se encuentre con la vida, pero este encuentro sólo está en mi deseo y en algunos renglones de una/s cartas donde las manos que las guían se confunden con el receptor de las mismas.

«Me siento encadenado a la vida irreal que hay en mí» (D.)

PRESENTACIÓN

Mi intención en estas páginas es preguntar/me, el modo de hacerlo es a través de una versión reducida de un trabajo que se compone de tres partes, la primera que podríamos denominar psicodramática, de la que ofrecemos aquí un extracto, una segunda que denominé no sé si consecuentemente de análisis estadístico y una última que son las cartas de Daniel en su sentido estricto, es decir, una colección de cartas escritas por el propio paciente.

Ahora bien, quiero avisar que aunque este caso ha supuesto mucho esfuerzo desde mi trabajo con Daniel, estas páginas sólo recogen mi esfuerzo, porque Daniel no se curó, que en su caso quería decir «que siguió encerrado en su habitación hasta que interrumpió el tratamiento».

LAS ESCENAS

«Antes me aterraba el caos y la desorganización, pero me curé del miedo».

Escena del Conocernos

Daniel acude con sus padres, su padre se coloca frente al entrevistador llenando todo el espacio de mi visión, es un hombre muy corpulento que por su profesión está acostumbrado a usar el imperativo como medio de comunicación. La madre se coloca en un segundo plano con gesto contradictorio abatido y cómodo, y *del lado derecho del padre* se coloca Daniel, oculta sus ojos y llama la atención como engolla la voz cuando le pregunta su padre que confirme sus palabras, episodio que veo repetirse armónicamente delante de mi mirada de forma repetida.

El problema se define del siguiente modo «este chico no tendría que preocuparse de las cosas como se preocupa, siempre dándole vueltas a las cosas» esta formulación del problema corresponde con las palabras de un psicólogo anterior, facilitada hace 19 años.

Escenas del Pensar

Contexto: Está en sesión hablando de sus síntomas.

Texto:

- D. ¿Qué quieres que te cuente?... Lo mío no tiene arreglo, tengo 26 años, con la edad que tengo yo no tengo arreglo.
- T. Levántate, vamos a imaginar una situación donde aparezcan personas, la primera que te llege a la cabeza.
- D. Callado, y sin mímica expresiva.
- T. Coloca un cojín delante de él y le dice «podrías imaginar que este cojín es una persona con la que podríamos hablar».

- D. Yo no tengo arreglo, porque no tengo estudios, con la edad que tengo... ya te lo he escrito.
 T. Vamos a sentarnos.
 D. Tú crees que hablando a los cojines se me va a arreglar lo de la cabeza que me pasa a mí.

2.^a Escena

Contexto: En sesión, inmediatamente después de ver al psiquiatra.

Texto: Aparece con un rostro triste y lleno de rabia.

- T. ¿Qué te pasa?
 D. Me ha dicho el psiquiatra que lo de la mirada es paranoia.
 T. ¿Y?
 D. Pues que ahora tengo una paranoia ¿se dice así no?
 T. Se sonríe.
 D. Y ahora me lo dice, y para que venga yo aquí si tengo una paranoia, no sabe lo que me ha hecho.
 T. Intenta interrumpir sus pensamientos, sin conseguir en ningún caso ser escuchado, y el monólogo se repite de forma automática.

Escenas del Sí mismo

Contexto: En sesión hablando de su disgusto por su nariz.

Texto: (Está aportando datos de su historia, está en un colegio para niños con fracaso escolar, al que asisten también niños de grupos marginados).

En la descripción de la situación, nos dice que entra en clase (el profesor no está) tiene 11 años y un grupo encabezado por un chico que llaman el gitano con *manos negras y enormes*, le insultan y humillan. El insulto es buitre a coro moviendo los brazos y haciendo ruidos.

Puesta en escena: Se colocan objetos con la pretensión de simbolizar la situación.

- T. (Colocado el escenario) ¿Qué deseas hacer?
 D. Me insultan: buitre, buitre, buitre, entiendes buitre.
 T. ¿Mira a ver qué sientes en esta situación?
 D. Me dicen buitre buitre...
 T. Hay algo que deseas hacer.
 D. Es que me dice buitre, buitre.
 T. ¿Tienes miedo?
 D. Una vez le hice frente, pero no para pelearme porque me mata, tenía las manos enormes, grandes negras.
 T. Mira a ver aquí y ahora qué quieres hacer.
 D. Se queda callado perdido...

- T. Mira a ver qué quieres hacer.
 D. Continúa callado, y parece no entender el lenguaje.
 D. ¿Quieres que le de un puñetazo?
 T. (Exactamente ese era el deseo del T.) adelante.
 D. Deja caer el brazo cuidadosamente sobre el cojín.
 T. ¿Qué haces?
 D. Le doy un puñetazo.
 T. ¿A quién?
 D. Al cojín.
 T. ¿Y el gitano?
 D. Mira con gesto de incompreensión.

2.^a Escena

Contexto: Está en sesión hablando del miedo que le invade cuando está con un grupo de amigos que conoce a que sepan lo que piensa, ese miedo provoca que salga huyendo de las situaciones.

(Preparación del escenario).

- T. Coloca a tus amigos y mira a ver que pueden descubrir de ti (se realiza un ejercicio de exploración manejando la distancia).
 D. Piensa que yo la tengo pequeña, así cuando ¿sabes? me hace un gesto dándome a entender no sin miedo que el pene está en deflación.
 T. En cada uno de *los miembros* a los que se acerca repite el mismo mensaje.
 D. Interrumpe el ejercicio y mirando a T. le dice, bueno, pero cuando ¿eh? usando el brazo me da a entender una erección, la tengo ¿eh? o sea grande o sea normal, grande.

De la Relación terapéutica

Contexto: Viene a sesión con inquietud y un desasosiego que a mí me preocupa.

- D. Yo creo que estoy así por las pastillas, porque hacía tiempo que no me pasaba esto.
 T. (Permanece en silencio, con preocupación ante el aumento de indicadores de angustia, que empiezan a colocarse en el lugar de la agitación). ¿Qué te pasa?
 D. Son los ojos que no puedo mirarte.
 T. No entiendo.
 D. (Grita) ¡Es que te miro los huevos! por eso no te puedo mirar.
 T. ¡Ah! bueno.
 D. Pero es de las pastillas, a mí no me pasaba esto, pero me han cambiado las pastillas.

De la relación con el aprendizaje y el estudio

Contexto: «Está hablándome de como fue su vida en el colegio».

Texto:

- D. Estaba yo en clase con don Víctor, y me asomaba el pijama, y me vio don Víctor, y me dijo *mira la Nancy*, no sé si sabes, *la Nancy*, y luego me paseó delante de todos para que me vieran el pijama.
- T. Le distancio de la imagen (imagina que estás viéndolo en una película) hay algo que quieras decir.
- D. No sé porque me tuvo que hacer eso.

2.^a Escena

Contexto: «En sesión hablando de su incapacidad para estudiar cualquier cosa».

Texto: Describe una escena, donde su padre le enseñaba matemáticas.

- D. Yo no entendía nada, no entendía las palabras de mi padre, sólo le miraba la boca, pero no sabía lo que decía, y mi padre cada vez gritaba más, yo lo único que quería era que se acabara, pero mi padre se pone nervioso y empieza a dar golpes y tirar cosas, sillas contra la pared.

3.^a Escena

Contexto: Está hablando en sesión de la situación donde tenía que ir a entregar las notas.

- D. Mi padre me estaba esperando en el despacho, yo no quería ir y mi hermano venía conmigo, luego nos pedía las notas, era horroroso con esas manos tan grandes, mi padre me intimidaba se ponía a dar puñetazos una vez rompió una mesa y nos daba.
- T. Tú qué hacías.
- D. Nada no nos movíamos.
- T. Propone un ejercicio para acercarse a la escena.
- D. (Se detiene y sólo habla de las manos de su padre) tenía unas manos muy grandes.

De las Relaciones con los Amigos

Contexto: En sesión hablando de su miedo a las vacaciones.

Texto: Está hablando de una vez que fue con unos amigos de vacaciones tenía 15 años, era la primera vez que salía sin sus padres.

- D. (Describe una escena donde está con unos amigos, en un camping). «Me siento desesperado, y me metí dentro de la tienda llorando, cuando estaba dentro oía voces que decían marica, marica, y tenía una cosa (sensación corporal) que no sé como decir.

De las Relaciones con la Madre

Contexto: Está hablando de que la sexualidad le da asco, y lo dice con tanto rechazo que impresiona.

- D. Narrando, para mí la sexualidad es asquerosa, me da asco cuando me masturbo... de pronto inicia una asociación donde me cuenta que cuando su madre le da un beso en la boca, no en los labios (2 actos fallidos seguidos) bueno no, ya sabes, a mí se me pone, pues a mí se me pone (con el brazo hace un gesto dando a entender una erección).

Escena del Desconcierto

- D. Yo sé que todos los días lo intentas, a ver si alguna vez encuentras algo, pero no sabes que hacer.
- T. Eso es exactamente lo que pienso en ese momento.

BIBLIOGRAFÍA

- RUIZ VARGAS (1987): *Esquizofrenia: Un enfoque cognitivo*. Alianza Editorial, Madrid.
- ANDERSON, REISS y HOGARTY (1986): *Esquizofrenia y Familia*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- HERRANZ CASTILLO, T. (1992): *Procesos, estructuras y emociones en psicodrama*. Vínculos, N. 6, págs. 19-32.



Formación en Psicodrama

INTRODUCCIÓN A LA PONENCIA SOBRE FORMACIÓN EN LA AEP

RAFAEL GONZÁLEZ MÉNDEZ

Psicólogo-Psicoterapeuta

Sociedad Española de Psicología Dinámica

En distintas ocasiones la Asociación Española de Psicodrama ha propuesto, tanto en las Juntas Directivas como en las Asambleas Generales, el dedicar su reunión anual, exclusivamente al tema de formación.

Este año, uno de los grandes apartados es la *Formación en Psicodrama en España*.

Generalmente se es reacio a comunicar lo que se hace en clínica, desde el punto de vista del terapeuta, si ya entramos en el tema de lo que hacemos en formación, la cosa se vuelve más oscura todavía.

En la enseñanza, el pudor es aún mayor. La relación, similar, en parte, a la madre que da teta al niño, hace que nos apartemos de la mirada de los otros.

El ejercicio del poder es tan alto, tan fuerte, tan a veces excelso en la enseñanza, que en ocasiones se puede convertir en un placer oculto.

En la AEP se ha luchado contra este vicio oculto y solitario y múltiples comunicaciones muestran el tipo de trabajo, la relación que se establece, el manejo de las mismas, los objetivos, horas, metodología, contenido, etc., que se dan en la formación. Estas comunicaciones son una muestra más de los pasos dados en este sentido, nunca fácil, de mostrar.

Mostrar implica también mostrar lo no bello, lo difícil, lo conflictivo, los trapos sucios. Intentemos una vez más, no lavarlos sólo en casa. Mostremos lo bueno, lo bello y las arrugas, que también son bellas.

En este momento, además, es particularmente importante que comuniquemos lo que se está haciendo en España en *Formación en Psicodrama*.

Por varios motivos:

Primero. La inserción del área de Psicoterapia de Grupos y Psicodrama dentro de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP). Esta Federación va a ser la encargada de dar las acreditaciones de los futuros psicoterapeutas españoles y es asimismo la encargada de realizar los criterios de formación de los mismos.

En las últimas reuniones de la FEAP se ha visto la importancia y el peso específico que la Formación en Psicodrama y, los criterios que se siguen han tenido en la redacción final, de los criterios en el área de Psicoterapia de Grupos.

Segundo. La IAGP en su sección de Psicodrama ya está dando pasos para la realización de criterios estándar mínimos para la Formación en Psicodrama.

El peso de lo que se está haciendo a nivel nacional ha de estar presente.

Para ello, estas comunicaciones serán presentadas en el Simposium que la AEP presentará en Buenos Aires.

Tercero. Por último, aunque no menos importante, la European Association for psycho-

therapy EAP. La Asociación Europea para la Psicoterapia, establece criterios básicos de Formación en grupos y Psicodrama, teniendo en cuenta la realidad actual de los países miembros. Que aportemos nuestro grano de arena es de sumo interés.

Por último quiero desde aquí solicitar la participación de los miembros de esta Asociación

para que nos facilitéis, la más detallada información posible, sobre los planes de Formación, para que desde la AEP, se pueda dar una información fidedigna y real de los criterios actuales que se están siguiendo en España.

No me queda más que dar la bienvenida a los distintos autores que presentan comunicaciones y que nos enriquecen con su aporte.

DE LA TÉCNICA A LA TEORÍA. DIAGNÓSTICO PSICODRAMÁTICO

L. ERNESTO FONSECA FÁBREGAS

MÉTODO

(Del latín *Methodus* y éste del griego *méthodos*: de *méta*: hacia y *hodós*: camino): «Manera de practicar un acto u operación, sujeta a ciertos principios» / «Conjunto de operaciones ordenadas con las que se pretende conseguir un objetivo» / «Obra destinada a enseñar los elementos de un arte o una ciencia».

Voy a tratar de las características metodológicas del Sicodrama haciendo hincapié en lo que se refiere a sus diferencias con otras Psicoterapias, particularmente con el Psicoanálisis.

El Sicodrama como método reúne varias características que lo hacen único y lo diferencian de otras Psicoterapias.

Dichas características fundamentalmente son las siguientes:

1. El Sicodrama utiliza el *cuerpo en acción*, incorporando el tiempo, el espacio y la memoria corporal. Dichas incorporaciones dan otras tantas características.
2. En cuanto al espacio, incorpora el *contexto* tridimensional («La dimensión oculta» de HALL).
3. En cuanto al tiempo, el Sicodrama *es ahistórico*, sucediendo todo en un «aquí y ahora», por lo que decimos que introduce la idea del *momento*, considerando la historia como parte del *momento* y no el momento como parte de la historia.
4. En cuanto a la *memoria corporal*, el Sicodrama activa las huellas mnémicas

(HHMMNN) de ambos hemisferios cerebrales: del *hemisferio derecho*, considerado por ROJAS BERMÚDEZ como parte del *subsistema natural*, en relación con el *sistema límbico* («Núcleo del Yo») desde el punto de vista Psicológico, potenciando los procesos mentales que le atañen (ritmo, música, imaginación imágenes, color, reconocimiento de formas y creatividad en general), y el *hemisferio izquierdo* (y los procesos mentales que le atañen), como parte del subsistema social y en relación con el estructura social.

5. El Sicodrama es un método basado en la visión cuatridimensional del ser humano: como ser biológico (núcleo del Yo), psicológico (Yo), social (roles sociales) y espiritual (vínculo), por lo cual es una *técnica psicoterapéutica integral*.
6. En Sicodrama entendemos la *personalidad* como una estructura, elaborada a lo largo de los años y que se manifiesta a través del comportamiento o *juego de roles* de un sujeto; por ello, uno de los objetivos del Sicodrama es el *aprendizaje de roles sociales*.
7. El Sicodrama tiene como principio y fin la práctica de la *espontaneidad* («*Suo Sponte*»: «*Dejarse sorprender desde dentro*»), estimulando la matriz espontánea con la cual todos nacemos y que ha sido bloqueada por la estructura familiar y/o social o por trastornos psicobiológicos.
8. En *Sicodrama* se intenta que el paciente sea el protagonista de su propia curación, fo-

mentando la comunicación circular entre psicoterapeuta, paciente y grupo.

9. Sumándose a lo anterior, el *grupo* es el agente terapéutico.
10. En sicodrama consideramos *el nacimiento y la enfermedad como obstáculos*, el primero natural y el segundo patológico, que suceden en el devenir de todos los seres humanos y que se solucionan de forma natural (el nacimiento), y a través de la psicoterapia (la enfermedad).
11. *Tele*: La percepción real del sujeto, en contra de la patológica o transferencial.
12. *Zona*: Concepto que en Sicodrama involucra a todos los elementos que intervienen en una determinada acción, con lo cual se obtiene una *visión sociométrica de los actos*.

EL PSICODRAMA EN LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA QUE ASISTE A PACIENTES TERMINALES

DANILO UBRI ACEVEDO

Este trabajo fue realizado en el servicio de Salud de Atención Primaria del Centro del In-salud de Alcalá de Guadaíra (Área 1 de Madrid) durante dos días del mes de noviembre de 1993).

El seminario de dos horas diarias llevaba por título *El Abordaje de la Muerte en el Paciente Terminal*, incluido dentro del curso de formación teórico-clínico sobre el tratamiento del enfermo terminal.

Como era lógico, para cumplir con el objetivo del seminario había que iniciarlo a partir del entrenamiento de los propios miembros del equipo de atención primaria indagando sobre su actitud frente a la muerte en general y a la de cada uno en particular.

Los dieciocho miembros del equipo compuesto por médicos y enfermeras, cuyas edades oscilaban entre los 28 y 45 años de edad, nunca se habían planteado el tema de la muerte desde el compromiso emocional consigo mismo, con el paciente y la familia de éste.

Estaba avisado que en Psicodrama se enfocaría el tema de esta manera, lo cual generó un alto nivel de ansiedad en todo el personal del centro, tanto en quienes recibían el curso como en quienes no les correspondía hacerlo, que produjo la baja de cinco individuos del equipo que decidieron no hacer acto de presencia.

El grupo quedó constituido por trece personas, tres hombres y diez mujeres. El equipo de psicodramatistas éramos una observadora que hacía anotaciones y participaba en los comentarios y un director psicodramático.

La asistencia a pacientes terminales requiere una elevada sensibilidad por parte del personal de salud para abordar adecuadamente la enfermedad y sus consecuencias. El equipo tiene que cuidar a la vez de la sintomatología del paciente como del desprendimiento de sus vínculos para su buena manera de morir. Por eso creemos que este equipo de salud debía tener un entrenamiento que le permita sentirse más integrado personalmente, asumiendo su propia situación personal ante la muerte, conectando con sus propias manifestaciones internas, para desarrollar capacidad y habilidad, teniendo así su intervención más posibilidades de elección, introspección y creatividad.

La enfermedad terminal, como todos sabemos, aparece cuando su progreso consume al enfermo sin poder ser detenido por ninguna cura terapéutica. Los cambios psicofísicos que sufre el paciente afectan también al núcleo familiar desequilibrando su funcionamiento interno y externo.

Los efectos que se manifiestan antes de que el enfermo muera, como el duelo anticipatorio, las alteraciones psicológicas y somáticas, son también factores que el personal de salud debe atender en las relaciones familiares con el muriente.

Según RUBEN BILD, que aplica la filosofía del hospice desarrollada en 1967 por la doctora CICELY SAUNDER en Inglaterra, «la persona que va a morir con dignidad debe ser asistida en el hospice, que más que un lugar físico es una

actitud frente al paciente y su familia que el equipo de salud contempla siempre:

- El control del dolor y otros síntomas que aparezcan en la enfermedad terminal.
- La persona con enfermedad terminal como una persona, no una *cosa* que puede manipularse, por lo que participa activamente junto con el equipo interdisciplinario que lo acompaña en las decisiones fundamentales como la continuación o no de un determinado tratamiento.
- El derecho que el paciente tiene a saber el estado de su enfermedad y los tratamientos paliativos que se le suministran sin que se le abrumere con información.
- El apoyo de la familia, que es fundamental para ayudar a la persona con enfermedad terminal.
- El equipo interdisciplinario de salud actúa como agente facilitador del proceso de aflicción y duelo detectando los duelos patológicos y sugiere la terapia apropiada».

«Este espacio —agrega BILD— cambiante, ambivalente, contradictorio, como la naturaleza de la vida misma, encierra, sin embargo, la paradoja de ser al mismo tiempo una etapa creativa y de crecimiento en el final de la vida».

Para el psicodramatista el espacio del hospital, donde el equipo de salud debe experimentar una sensible y buena comunicación con el paciente terminal y la familia, es el lugar de encuentro con la muerte de todos los allí presentes. Para ello, quien no haya elaborado sus propios sentimientos frente a la vida y la muerte, se la dificultará entrar en ese círculo de situación límite con una actitud personalmente integrada que permita hacer un acompañamiento creativo —tal y como propone BILD— al enfermo terminal y su familia.

El acompañamiento creativo que sugiere BILD:

«Más que una metodología y sus técnicas es en sí mismo un ejercicio vivencial, un encuentro grupal donde los matices de tristeza favorecen la comunicación en la que todos se involucran y comparten ese nuevo espacio al que se incorporan códigos y vivencias que señala un sentido, una dirección en el proceso de morir».

El primer punto que expone BILD en su metodología del acompañamiento creativo es la escena, utilizando las técnicas psicodramáticas, y, añade:

«Correctamente utilizado el acompañamiento creativo permitirá construir, en la fase final, una nueva escena desprovista de aspectos macabros y amenazantes».

Las palabras de BILD resuenan en todos los psicodramatistas porque son el espíritu de MO-

RENO, el creador del Psicodrama, y su teoría del Encuentro y la Espontaneidad.

Según DALMIRO BUSTOS, MORENO insistía en enfrentar lo trágico con la calma, lo serio con la sonrisa, desterrando lo solemne, es decir, desdramatizando lo dramático. Fue él quien nos habló de la muerte de una forma más cercana, desmitificada cuando dijo: «quiero ser recordado como alguien que llevó la alegría a la psiquiatría».

En las Palabras del Padre, MORENO dejó muchas reflexiones sobre la muerte en un sentido dialéctico de la vida cuando se pregunta:

Por casualidad oí a alguien decir:

- ¿Dios está muerto?
- ¿Cómo puede estar muerto, no habiendo nacido?

Por casualidad oí a alguien decir:

- ¿Dios nació?
- ¿Pues, cómo podría nacer, siendo un ser inmortal?

Evidentemente si existe un comienzo de vida habrá un final, la muerte, que es lo que da sentido a nuestras vidas. Según SERGIO PERAZZO, discípulo de MORENO, «si consideramos la concepción moreniana del nacimiento como un acto espontáneo resultado de un largo crecimiento correspondiente a la gestación, propio del ciclo vital del ser humano, sería legítimo suponer la vida también, en un plano existencial, un proceso de crecimiento para otro acto espontáneo, la muerte. Entonces, podremos decir que la muerte es un acto espontáneo?».

«Mantenerse vivo —dice PERAZZO— también depende de actos espontáneos ejecutados sucesivamente a través de la existencia: comer, enfermarse, curarse, no ceder a impulsos suicidas, etc. En este sentido, vivir es un continuo nacer... Asimismo un ser humano en el momento de su muerte, momento éste que corresponde al desprendimiento de su acción en el mundo, consigue actuar comprometiéndose con éste, realizará su último acto espontáneo y como tal conferirá a la muerte un mismo grado de espontaneidad que a su nacimiento».

De pequeño recuerdo en las noches aquel poeta de la radio en el programa de música romántica que se presentaba diciendo: «aquí estoy con ustedes, una vez más, llenándome de vida para que la muerte duela menos». Esta frase ha marcado en mí con el tiempo una actitud positiva frente a la muerte, a la que temía mucho de pequeño, y cuando escuchaba la frase me

apetecía correr, jugar y hacer ruidos para no pensar en la muerte. Hoy actúo más en consecuencia con la frase, mientras más acepto la idea de morirme, menos miedo tengo a la vida, más proyectos de vida tengo, disfruto más de los momentos de la vida, y estoy más tranquilo con respecto a la muerte.

En nuestra cultura la muerte se oculta como si de esa manera tuviera efectos mágicos de que no ocurra, ya que la ansiedad de la muerte crea a veces en las personas situaciones de catástrofe. Durante muchos años morir en casa, rodeados de los parientes, se experimentaba la muerte como un hecho natural. Hoy día morir en un hospital o residencia de ancianos, solos, alejados de los suyos y de los demás seres vivos, con velatorios en lugares frívolos y desvitalizados, contribuyen a distanciar la muerte y a revestirla de misterio.

Es propio de los valores actuales negar los sentimientos que suscita la muerte y tomar una actitud evasiva y hedonista. De esa manera, se mantienen conductas poco responsables frente a la vida, aplazando proyectos, no resolviendo conflictos, postergando los momentos de cambios significativos en la vida, y sólo llegado el momento final, nos damos cuenta de lo ausentes que estábamos de nuestras propias vidas y protestamos por lo injusto de la existencia.

Hay personas que viven en la siguiente paradoja, que por querer alcanzar la eternidad son, desde luego, las que menos disfrutan de los momentos de la vida.

Existe una estrecha relación entre el miedo a la muerte y el miedo a la vida, como temor al crecimiento, a la individuación o diferenciación. En el desarrollo del individuo, biológica y psicológicamente, hay un proceso continuo de diferenciación de las etapas anteriores y posteriores del ciclo vital, donde en cada una hay muerte o separación de lo diferenciado. Nuestra conciencia desvía la elaboración o duelo de éstas etapas evolutivas deteniendo psicológicamente nuestro crecimiento. La causa de que esto suceda está insertada no sólo en el individuo, sino, más bien, en su entorno familiar y social.

NATHANIEL BRANDEN lo deja bien explícito cuando explica la paradoja que se da en el miedo a la diferenciación:

«Los padres pueden resistirse a que sus hijos crezcan porque esto los hace sentirse más cerca del final de su propia vida. La ansiedad de la muerte de los padres puede transmitirse al hijo. El niño recoge el mensaje: crecer significa matar a mi madre o a mi padre. Mantengo vivos a mis padres permaneciendo niño para

siempre. Y, al mismo tiempo, me mantengo vivo yo mismo, ya que mis padres deben morir antes».

Está claro que para asumir la muerte tenemos que madurar para asimilar que el tiempo no es ilimitado, que el pasado cuenta como referencia de lo que no volveremos hacer, que lo que debemos rectificar está en el aquí y ahora, para escribir en el presente nuestras páginas inmortales de nuestra existencia y así aumentar el valor de nuestras vidas.

Con éstas y otras ideas nos acercábamos al seminario psicodramático para enfrentar al equipo de médicos y enfermeras con sus emociones frente a la idea de la muerte.

Se encontraban ansiosos y a la expectativa de lo que les iba a ocurrir, eso hizo, que les introdujera a un caldeamiento largo con presentaciones, ejercicios físicos, de contacto con los demás, de buscarse entre ellos de una forma emocional, ayudándoles a desinhibirse del contexto laboral en que estábamos, para olvidar su rol profesional y encontrarse de otra manera, perdiendo el miedo a la libertad de expresar sus sentimientos delante de los demás.

Continuó el caldeamiento con una elección sociométrica del grupo, para que en parejas pudieran irse imaginariamente un fin de semana a contarse intimidades.

La consigna consistía que las parejas formadas pudieran hablar sobre las pérdidas sufridas durante su infancia, su adolescencia, y en los últimos años de su vida. Cada pareja encontró un espacio imaginario donde pasar su fin de semana.

Esto creó un clima de comunicación más significativo, que los unía emocionalmente, en el que se conocieron y se descubrieron de forma diferente. El equipo sólo eran compañeros de trabajo, pero no un grupo que compartiera hechos tan importantes para ellos. Y así lo manifestaron en la puesta en común que hicieron luego de este ejercicio grupal.

También esto les ayudaba a conocer las características que tenía la persona elegida para inspirarle confianza, tranquilidad y alegría para acompañarlos. Además sirvió para conocer lo catártico que resultaba transmitir sus experiencias emocionales del pasado a una persona que escucha con atención e interés, tolerancia y respeto, que le producía satisfacción y relajación.

Con este encuentro pudieron compartir vivencias distintas e iguales, sentimientos parecidos, deseos mutuos de ayudarse y la sorpresa de que no se conocían, que sólo habían habla-

do cosas profesionales pero nunca de lo que les pasaba.

Concluimos con la puesta en común con cuales eran las cualidades que debía poseer la persona que vaya a ayudar al enfermo terminal: que relaje, que ofrezca confianza y transmita con su presencia optimismo. Además, que el enfermo terminal pueda hablar de su pasado para ayudarles a cerrar etapas de su vida con un balance sobre las pérdidas y ganancias de su existencia, para que pueda pasar por la experiencia positiva que acababan de hacer ellos: la de la comunicación de sus sentimientos.

Terminada esta primera fase volvimos a repetir los ejercicios de caldeamiento siendo esta vez más cortos porque había más compenetración, existía grupo fundado a raíz del cambio de sus relaciones. Los preparaba para adentrarlos en una comunicación emocional más profunda y comprometida, ahora que se sentían contenidos por el mismo grupo.

Les pedí que cada uno se centrara en sí mismo, con los ojos cerrados, de pie y separados unos de otros, que se sintieran aislados del grupo. Formaron un semicírculo y me coloqué en el centro para que cada uno desde los más profundo de su ser contestara las siguientes preguntas:

¿Qué me pasó cuando tomé por primera vez contacto con la muerte?

- «Pánico cuando me vi en soledad. Perder lo que quieres, lo que conoces. Huí de esa idea, pasaba».
- «Creía que no era verdad, que era un sueño. Se me hacía cuesta arriba pensar que ya no iba a volver a verle ni hablar con él. Tristeza».
- «Rabia e impotencia».
- «Gran vacío».
- «Vivencia muy nítida, la he sentido mía. Sentimiento de angustia, no la he proyectado en nadie».
- «Vacío, vértigo, miedo. Misterio del sentido de la vida. Búsqueda del sentido de la vida admitiendo que hay muerte».
- «Rabia y dolor».
- «Tengo la experiencia de mi abuela, estuve muy cerca de ella y de mi madre. Tuve una actitud realista hasta que se murió. En el momento tuve un dolor muy fuerte, y no quería ponerme en contra algo que no podía modificar».
- «Con frecuencia lo he visto como una liberación».
- «Como algo que tiene que ser así, mi abuela lo tenía muy asumido que tenía que ser así, con tranquilidad».
- «Dolor y vacío sentí cuando murió mi abuela».
- «Desencanto».

— «Miedo y dolor».

— «Una gran pena, te das cuenta de lo que significa la gente cuando ya no está».

¿Qué me pasa ahora cuando pienso que algún día voy a morir?

- «Que me pase tranquila y acompañada».
- «Poder compartirlo».
- «No lo acepto, pienso que es injusto».
- «Lo acepto, procuro vivir día a día lo mejor conmigo misma».
- «Siento miedo y angustia».
- «Se me pone tan mal cuerpo que rápidamente pienso en otra cosa».
- «Sólo lo pienso si es rápido».
- «Intento eludir la situación. Siento angustia. Me preocupa la situación de los demás».
- «Cómo voy a verlo el día que me ocurra».
- «No lo he pensado nunca».
- «Siento miedo, me preocupan los demás, mi familia cómo lo va a llevar».
- «Me da vértigo. No me supone transformar el día a día. No me da insomnio».
- «Pienso con normalidad. Me preocupa la actitud de mi entorno».

¿Qué me pasaría si hablar de la muerte no fuera un tema tabú?

Todos dicen, para mí no es tabú.

- «Probablemente la relación sería distinta, las costumbres, las creencias probablemente sería una vida más sana, y con menos miedos».
- «Pienso que sería más o menos igual, sólo que se pudiera hablar del tema con más humor, pero en el momento sería igual».
- «Sería distinto».
- «Si lo acompañamos de vivencias probablemente sería mejor».
- «Si desde pequeños hablásemos...».
- «Tengo miedo a las actitudes de la muerte».
- «No estoy de acuerdo en que sea tabú si se le da el valor que tiene, ¿cómo sería la vida si la muerte no existiera?». (Faltaron personas por hablar).

¿Qué me pasaría a mí si me sintiera libre de hablar de mi miedo a la muerte? ¿Cómo me sentiría?

- «Parecido, muy pocas diferencias. El hecho fundamental es la educación sobre la muerte y las vivencias actuales». (Cierra los ojos y habla desde los sentimientos).
- «Alivio».
- «Mucho mejor».
- «Iría por una serie de pasos y terminaría aceptándola. En un principio sería difícil».
- «Mucho mejor, de hecho estoy haciéndolo. El sentimiento es que me relaja, me quita angustia».

- «Un poco más tranquila, pero no lo aceptaría».
- «Mal, peor, porque estaría hablando de un tema que no tiene solución y los problemas que no tienen solución me causan angustia».
- «No me causa angustia. El dolor físico sí lo llevo mal».
- «Seguirá sintiendo lo mismo».
- «Igual».
- «Bajaría la ansiedad».
- «Más o menos igual».

¿De qué forma pretendo olvidarme de la muerte?

- «No es un pensamiento que tenga con frecuencia. Habitualmente no pienso en ella».
- «Nos olvidamos de ella hasta que nos toca de cerca. Intento que no me toque».
- «No hago nada».
- «Me aparece en el coche el pensamiento y trato de seguir el código de la circulación para que no sea por mi causa si ocurre».
- «No pienso en mi muerte, pienso que si lo piensas es más fácil que ocurra. Me agobia pensar que se van a morir otros».
- «Es fácil olvidarse de la muerte en este mundo. Mi vitalidad es como un antídoto contra la muerte».

¿Qué he dejado de hacer en la vida por mi miedo a la muerte?

- «Más que por el miedo a la muerte es al dolor. Si voy o no de viaje».
- «No me quedo por sí me pasa».
- «He puesto el ciento por ciento de mi capacidad para no quedarme en la situación».
- «Lo que trato de olvidar es el dolor».
- «No dejo de hacer nada... Me pongo el cinturón en el coche».
- «Temo más a la muerte de alguien que quiero».
- «He perdido libertad. Me hubiese ido a ver los leones salvajes, me hubiese lanzado en paracaídas». (Esta última intervención resonó en todos).

Al sentarnos para los comentarios había un ambiente de buen humor en casi todos los miembros del grupo, se sentían a gusto, relajados, gratamente sorprendidos y transformados por haber expresado sus sentimientos, por haber vencido los miedos y sus dificultades de abordar el tema de la muerte desde sí mismo. De todo cuanto se dijo en el eco grupal, que fue muy rico, transcribo sólo dos opiniones que dan cierre a esta primera parte:

- «Esto me ha permitido ver que es más positivo tomarlo desde tus propios sentimientos y racionalizar el tema lo menos posible...».
- «El sanitario trata de tapan la verdad al paciente. Le quitamos una posibilidad de expresarse se

siente engañado, hay que darle la oportunidad de que se enfrente a la muerte...».

El seminario continuó quince días después. El equipo estaba más unido y funcionaba más como grupo. Hablaron de sus experiencias de las últimas dos semanas después del seminario, lo mucho que les había servido trabajar desde los sentimientos.

Luego de esta conversación de puesta al día que inició el caldeamiento y ante la demanda explícita del grupo de considerar a la familia del enfermo terminal, propuse la presentación de un caso clínico que hubiesen tenido dificultad en resolver. Hubo varias propuestas e hicimos la elección mediante una votación sociométrica.

El caso presentado fue el siguiente: los personajes eran una familia de cuatro miembros, los padres y dos hijos adolescentes, la abuela paterna y la médica que la asiste. El lugar era la casa familiar, concretamente el dormitorio. La situación conflictiva era que con motivo de la enfermedad terminal de la abuela la familia decidió su traslado desde su lugar de residencia a su propia casa para que allí muriese. Al volver al pueblo la abuela mejora durante unos tres o cuatro días; pero la médica, ante la agravación posterior de la abuela, se encuentra sin recursos médicos y técnicos para la asistencia sanitaria en la casa y en el pueblo. Ante esto surge la pregunta: ¿es mejor trasladarla al hospital más cercano aún sabiendo que va a morir o es mejor dejarla morir en casa aún a pesar de no poder proporcionarle la óptima asistencia médica?

Lo más conflictivo y de algún modo soterrado eran los sentimientos e intereses enfrentados de cada uno de los miembros de la familia, sobre todo la nuera que se mostraba ambivalente con relación a sus deseos.

El momento concreto de la dramatización fue aquel en que la médica duda en expedir el volante para el traslado al hospital por la responsabilidad que supone tomar esta decisión.

Una vez presentado el caso la protagonista escogió al resto de los personajes y comenzó la dramatización, en la que se trabajó con cambio de roles, soliloquios y —sobre todo— multiplicación psicodramática, donde los miembros del grupo fueron pasando por el rol de médico en esta situación: lo difícil que es conjugar los deseos de la familia, del paciente terminal y el *deber* como profesional de la medicina.

En cuanto a los comentarios del eco grupal recojo tres de ellos por lo que tienen de representativos del sentir general: «debemos tomar otra actitud: hay una división entre lo que el paciente quiere y lo que el médico debe hacer»;

«es fundamental que el médico actúe en libertad»; «depende de la familia: si la conoces sabes si debes participar o no en la decisión».

BIBLIOGRAFÍA

BILD, RUBEN: *La Familia del Muriente: Metodología y Técnica para el Cuidado de la Persona que va a Morir*. Trabajo presentado en las XV Jornadas de Terapia Familiar, Vitoria-Gasteiz, 27, 28 y 29 de octubre de 1994.

BUSTOS, DALMIRO: *Introducción Sobre la Vida al libro Descansem em Paz os Nossos Mortos Dentro de Mim*, de SERGIO PERRAZZO, Editorial Francisco Alves, 1990, Brasil.

BRANDEN, NATHANIEL: *El Respeto hacia uno mismo*. Editorial Paidós, 1990 Barcelona.

PERRAZZO, SERGIO: *Descansem em Paz Os Nossos Mortos Dentro de Mim*. Editorial Francisco Alves, 1990, Brasil.

MORENO, JACOB LEVI: *Psicoterapia de Grupo y psicodrama*. Fondo de Cultura Económica, 1987, México.

ANÁLISIS INSTITUCIONAL CON TÉCNICAS PSICODRAMÁTICAS; DENTRO DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN DE PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO VASCO DE SALUD

FRANCISCO DELGADO MONTERO
PILAR LÓPEZ DE LA OLIVA
PABLO MARTÍN FIDALGO
AURORA URBANO ALJAMA
FLOR SALGADO PRADO

RESUMEN

Se ha realizado una experiencia de análisis institucional con personal sanitario del País Vasco como taller intensivo de dos días: trabajando con técnicas psicodramáticas y otras de dinámica de grupos.

Se han explorado las relaciones del individuo con los grupos institucionales y las relaciones intergrupales. Las conclusiones del grupo giran en torno a la idea de que en la dialéctica individuo-institución, la toma de conciencia de las técnicas inconscientes de los grupos sirve para modificar las relaciones institucionales.

INTRODUCCIÓN

En la primavera de 1994 la Federación de Salud de CC. OO. de Euskadi, promovió un Taller de Análisis Institucional solicitando a nuestro Centro de Formación (C.P.T.) la impartición del mismo, para todo el personal sanitario que voluntariamente lo solicitara, de cualquier función y titulación, dentro de Sanidad, en el País Vasco.

Se fijó la fecha para el mes de octubre de 1994, dándole al taller un carácter de reflexión teórica sobre una experiencia institucional vivida fuera y dentro del Taller.

La convocatoria se hizo poniendo un límite máximo de participantes (hasta 30 participantes) y se inscribieron 23 personas pertenecientes a distintas instituciones de la Sanidad vasca, con una gran mayoría de personal perteneciente a Salud Mental: 23 de los participantes, sólo tres trabajaban en otras áreas de Sanidad.

El taller se realizó a lo largo de un fin de semana, del mediodía del viernes hasta la noche del sábado, con un total de 16 horas, ubicándonos en un hotel a las afueras de Bilbao, reservado al efecto.

El equipo técnico lo compusieron los autores de esta comunicación: el director del C.P.T. y cuatro monitores de grupo, formados en psicoterapia de grupo y psicodrama en dicho centro, que han finalizado ya la formación.

OBJETIVOS DEL TALLER

El taller tuvo como objetivo una primera aproximación a los fenómenos grupales que tienen lugar en las instituciones en general, y en las instituciones psiquiátricas en particular.

Los fenómenos grupales, tanto los fenómenos de relación de los individuos dentro de un grupo, como los fenómenos de relación de los grupos y subgrupos entre sí, fueron contemplados desde las tres perspectivas que desde la teo-

ría de los grupos investigan los fenómenos grupales, y que definen la línea teórica de nuestro instituto:

- El psicodrama moreniano en su teoría y en la práctica grupal.
- La teoría psicoanalítica aplicada a los grupos, siguiendo sobre todo las investigaciones y la práctica de la escuela inglesa (BION, FOULKES, etcétera).
- La teoría de campo, inaugurada por KURT LEWIN, y conocida más extensamente por dinámica de grupos.

Desde la síntesis de este triple encuadre teórico observamos los fenómenos grupales, los analizamos y los debatimos.

METODOLOGÍA EMPLEADA

La experiencia se subdividió en dos partes: la primera, en torno a las relaciones grupales de los individuos en los distintos grupos creados en función de diversas variables, y la segunda, en torno a los fenómenos de relación de los grupos entre sí.

Éstas fueron todas las fases:

- Después de una introducción para explicar el marco teórico, se abrió un *grupo asambleario* en torno al tema: *las relaciones interpersonales e intergrupales en las instituciones de Salud Mental*.

En este primer momento grupal se expresaron los temas que en la actualidad preocupan más en las instituciones vascas de Salud Mental: *la indefinición de rol en algunas funciones, la falta de medios materiales y humanos por recorte de presupuestos, las dificultades de comunicación en los distintos subgrupos* (enfermeros, auxiliares, médico-psiquiatras, etc.), *las relaciones con la Administración, las diferentes actitudes entre la sanidad pública y la privada, etcétera*.

- Para explorar estos temas se propuso un trabajo en tres *pequeños grupos* con un monitor cada grupo, como observador neutro-silencioso, moderador y sintetizador de lo expresado. Se utilizó la técnica de *role-playing* y la consigna fue que el grupo era un grupo centrado en la tarea de hablar desde el rol elegido. El objetivo era el ensayo y la exploración de este rol.

Los grupos se subdividieron en función de las siguientes variables:

- Un grupo jerarquizado compuesto por: *un gerente, un director médico, una enfermera de*

planta, una asistente social, un psiquiatra, una empleada de limpieza, todos de un centro hospitalario.

- Un grupo homogéneo de iguales: siete auxiliares de enfermería del mismo centro.
- Un grupo de pacientes y familiares de pacientes.

- Después del trabajo en pequeños grupos, se pasó a la puesta en común y elaboración en el *grupo grande*, que finalizó en una escena psicodramática (cuyo contenido comentaremos en el punto siguiente).

- La cuarta fase consistió en una *experiencia intergrupala* en dos momentos:

- Constitución de los pequeños grupos (distintos a los de la segunda fase).

- Invitación del encuentro entre los grupos.

- Los grupos se constituyeron en función de rol imaginario dentro del hospital, en los tres siguientes:

a) Grupo de administradores, compuesto por un jefe de personal, jefe de compras, director-médico, gerente, director de enfermería, administrador-contable.

b) Grupo de personal sanitario, compuesto por un jefe de servicio médico-psiquiatra, una asistente social, una psicóloga, dos auxiliares y una enfermera.

c) Un grupo de pacientes de distintos diagnósticos. El segundo momento de esta fase fue la posibilidad del encuentro entre los tres grupos: el único posible (como comentaremos en el punto siguiente) fue el encuentro personal sanitario-dirección.

d) La quinta fase dentro del grupo grande fue un *análisis sobre contenidos* aparecidos en la experiencia intergrupos.

e) Finalmente la sexta fase fue una *reflexión* sobre qué paralelismos, diferencias o similitudes había entre lo vivenciado por cada miembros, a lo largo del taller y su modo de relación con su institución real. Esta reflexión se hizo en subgrupos de tres, en los que cada uno rotaba en los tres roles: el que habla, el que escucha y pregunta, y el que observa.

ANÁLISIS DE LOS CONTENIDOS

Ya hemos hecho referencia a los temas generales que surgen en el grupo inicial asambleario, sobre los problemas en las instituciones vascas de Salud Mental: *la indefinición en los límites de los roles, la falta de medios materiales y humanos, las relaciones con la Administración, las dificultades de comunicación entre los distintos subgrupos laborales, etc.*

En el trabajo con pequeños grupos, cada grupo expresó y trabajó espontáneamente en torno a la temática surgida:

- En el grupo jerarquizado se trabajó en torno al tema: ¿Dónde está el límite de las funciones de cada rol (psiquiatra, enfermera, auxiliar, etc.) y quién los pone?
- En el grupo de iguales (siete auxiliares de enfermería), el tema manifiesto fue: en la vida cotidiana del hospital, los imprevistos ocupan más que las tareas establecidas en el trabajo del auxiliar y el tema latente: ¿Quién carga con el peso del paciente?
- En el grupo de pacientes el tema sobre el que giró el grupo fue una historia imaginaria familiar de uno de los *pacientes*, que se sentía muy inquieto, y sin contención posible a su angustia. El tema fue: ¿cómo contiene la angustia de la enfermedad mental la institución?

La escena psicodramática que surgió a continuación en el grupo grande, articuló las tres temáticas de los subgrupos: se representó una unidad de psiquiatría de un hospital general con una sala de espera llena de pacientes desatendidos, unas auxiliares que alternaban entre no saber qué decisiones tomar, y atender las demandas de los pacientes, un *staff* reunido en torno a problemas administrativos, ajenos a la realidad circundante, y unas técnicas, psiquiatra y asistente social, que atendían a los pacientes como podían, dentro de las dificultades de organización: un enfermo cansado de tanto esperar se presentó ante el gerente pidiéndole ayuda e interrumpiendo la reunión del *staff*. Éste se indignó coléricamente y remitió el paciente al psiquiatra.

La organización y la comunicación entre los distintos grupos no eran los pilares precisamente de esa unidad de psiquiatría.

El *feed-back* posterior al juego psicodramático, reveló la angustia del enfermo mental en una institución hospitalaria que no responde claramente a su demanda, y si lo hace es después de múltiples dificultades. El temor cuando no la agresión inconsciente al enfermo, están en la base de los problemas de organización e indefinición de roles.

La experiencia de encuentros intergrupos fue una experiencia de desencuentro con los enfermos. Dentro del tiempo y el espacio dedicado a estos encuentros solamente pudo *darse* un encuentro entre el grupo de administradores (*staff*) y el grupo de personal sanitario (y ya al final de la mañana, cuando el tiempo establecido estaba finalizando). Con el grupo de enfermos nadie se *pudo* reunir.

El tema manifiesto del encuentro, fue una anécdota en el que una paciente y un paciente ingresados habían tenido relaciones sexuales dentro del hospital. La discusión se centró en qué medidas se podían tomar para que con esta pareja o con otras no volviera a ocurrir. Había que separar a hombres y mujeres.

El tema manifiesto y latente era el único tema: desde la institución hospitalaria hay que reprimir la sexualidad. El encuentro no es posible.

CONCLUSIONES

Después de la última reflexión, individual, sobre qué podía haber *escuchado* cada uno, durante el taller, su relación con las instituciones, se invitó al grupo finalmente a una reflexión colectiva, a modo de conclusiones, sobre el taller y sobre las instituciones en general.

No surgieron *conclusiones* apenas. Surgieron afirmaciones del tipo: «Las instituciones son necesarias, pero frustran», «Sirven para dar cobijo al individuo en su inseguridad», «Es muy difícil cambiarlas», «Son conservadoras», «Hay mucho autoritarismo e impotencia. También en el taller se han vivido todos estos temas», etc.

Como si no se pudiera concluir nada sobre esta eterna dialéctica de la relación del individuo con los grupos, con las instituciones: son los individuos los que los crean y luego éstas se imponen sobre el individuo, a través de las distintas formas de ejercer el poder, en un intento continuo de que el grupo no se desintegre.

Para finalizar, es decir, más bien para abrir interrogantes, citaremos a RENÉ LOURAU, que en su libro *El análisis institucional* sintetiza así la finalidad del análisis institucional: «*El análisis institucional* comienza... cuando los materiales reunidos durante la primera fase (de recogida de datos sobre el grupo), ...pueden ser inyectados en el grupo para hacer que éste alcance un *saber* sobre sí mismo: se pone al grupo en el camino de saber que su existencia de grupo no es más que una ilusión, que su ser es un falso ser, es de un *sujeto al que se atribuye saber*».

BIBLIOGRAFÍA

- BION: *Experiencia en grupo*. Ed. Paidós. Barcelona, 1980.
- BOUR, P.: *El psicodrama y la vida*. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1975.
- FREUD, S.: *Psicología colectiva y análisis del yo*. Edi-

- torial Biblioteca Nueva. 3 volúmenes. Vol. I. Madrid, 1968.
- GUATTARI, P.: *La transversalidad*. Revue de Psychothérapie Institutionnelle, n.º 1, 1965.
- LAPASSADE, G.: *Groupes, organizations, institutions*. Gauthier. Villard. París, 1967.
- LOURAU, RENÉ: *El análisis institucional*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1975.
- MORENO, J. L.: *Fundamentos de la sociometría*. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1972.
- MORENO CHAPARRO, MARA SÁNCHEZ: *Psicodrama e institución*. Informaciones Psiquiátricas, n.º 106, 1986.
- TOSQUELLES, F.: *Pédagogie et psychotherapie institutionnelle*, número especial de la Revue de Psychotherapie Institutionnelle, 2-3, 1966.

ÉTICA EN GRUPOS VULNERABLES

MONTERRAT BARRANQUERO AROLA

Profesora Titular de la Facultad de Medicina y Odontología

ALFONSO APELLANIZ GONZÁLEZ

Profesor Asociado, Área de Toxicología y Legislación Sanitaria

Universidad del País Vasco

Vamos a considerar en el área de la información dos patologías hacia las que existe una especial sensibilidad por parte del enfermo, población y profesional de la salud, nos referimos al cáncer y al SIDA. En los temas de información se nos plantean cuestiones tales como: cuando informar al paciente, quien tiene derecho a acceder a la información lo que se conoce como la información a terceros y como se mantiene la confidencialidad de esta información. Para responder a estas preguntas tratamos de estudiar cada una de las situaciones que puedan presentarse. La primera cuestión, cuándo informar, la relacionaremos con la patología cancerosa, en cambio las otras dos por lo delicado del tema, lo hemos preferido estudiarlas en relación al paciente de SIDA.

¿CUÁNDO INFORMAR?

En contraste con otras enfermedades la intervención en un caso de cáncer, no es posible entenderla como algo aislado que se circunscribe al buen entendimiento puntual entre el profesional sanitario y el paciente. En esta situación no habrá que perder de vista la perspectiva psicosocial del problema planteado. El paciente no es algo aislado sino que en la mayor parte de las ocasiones tiene una familia y un entorno social que lo envuelve. Por ello, hay que revisar el rol del enfermo, la estructura familiar, el pa-

pel que tiene la familia como institución social, la estructura asistencial y la actividad de los profesionales sanitarios, etc.

En lo que afecta a la actitud del profesional y su equipo, uno de los objetivos prioritarios del programa *Europa contra el cáncer* es la formación del profesional para poder rellenar las carencias en el área de la relación con el paciente, procurando dar un enfoque humano a la atención que se preste. En la mayor parte de los casos prima el voluntarismo sobre la racionalidad, chocando esto con los numerosos conocimientos teóricos y técnicos que este profesional posee, en contraste con una escasa formación y preparación para tratar los temas de tipo humano y social.

Ante un cáncer oral, una perspectiva psicosomática supone una ayuda inestimable para el profesional odontólogo-estomatólogo, sin embargo, en múltiples ocasiones se desconoce su importancia y en otras se utiliza de una manera incorrecta. La misma realidad de la Oncología induce a un enfoque antropológico, puesto que se trata de una patología que implica un estigma social en el que se hallan mezcladas connotaciones míticas.

Por otra parte se trata de una enfermedad que en muchas ocasiones conduce a la muerte del paciente, dando lugar a un auténtico drama familiar. En otras, provoca tal tipo de mutilaciones que sus efectos secundarios repercuten tanto en la familia como en la sociedad.

La atención a estos pacientes también se ha modificado a lo largo del tiempo sustentándose el éxito de un equipo sobre una buena planificación del trabajo que contemple la correcta distribución de roles y promueva la comunicación entre sus miembros y ofrezca una filosofía común. Es decir, una concepción similar de la enfermedad y como hay que afrontarla en el plano humano. También es necesario considerar que es difícil colaborar con el paciente descuidando el entorno familiar, es por esto por lo que la familia nunca podrá mantenerse al margen del proceso de atención al paciente.

Como norma general hay que considerar que ante una neoplasia no siempre se logrará la curación. Se cuida a los enfermos para intentararlo y si esto no es posible para mejorar su calidad de vida. En esta última situación, la ayuda tenderá a satisfacer al máximo sus necesidades psíquicas, físicas y sociales. En pacientes terminales se considera que la mayor parte de esta ayuda depende sobre todo del afecto y del sentimiento, por ello, habrá que tratar de que éstos no se sientan abandonados a su suerte.

Con respecto a la información hacia los pacientes hay dos tendencias diferenciadas. En países del área sajona prima la de comunicar al paciente la realidad de su enfermedad tratando de no hacerlo con crudeza y procurando que puedan albergar alguna esperanza y haciéndoles partícipes de las decisiones y logros del equipo que les trata. En cambio en los países latinos y mediterráneos esta realidad se encubre muchas veces informando a la familia y comunicando al paciente una verdad a medias, como si se tratara de interponer una cortina de humo en un intento de evitar un choque emocional brusco. Se han establecido los siguientes puntos fundamentales a la hora de informar al paciente:

- Comenzar por informarse con el paciente y sus familiares para establecer el grado de comprensión que hayan adquirido acerca del problema. Con ello se trata de que el paciente comprenda que el profesional se preocupa y respeta sus ideas; y paralelamente a través de estas acciones se puede conocer la formación del paciente y sus familiares así como el deseo de recibir toda la información y cuales son las preocupaciones que tienen tanto la familia como el paciente.
- La información debe ser progresiva, clara, sin contradicciones y siempre positiva.
- La información ofrecida ha de ser realista y en términos accesibles. La veracidad en este momento se cree que favorece una relación duradera y de confianza entre el paciente y el profesional.

- No es conveniente suministrar información excesiva ya que el paciente no la recuerda, por ello habrá que tratar de que el paciente plantee sus dudas para poderlas aclarar.
- En la medida de lo posible la información ha de ser expuesta en presencia de su cónyuge o un miembro de la familia u otra persona importante para el paciente. Esto posibilita una actitud abierta entre el paciente y sus seres queridos y permite que éste pueda contar con el apoyo de su entorno. Se considera que no es conveniente dar información distinta al paciente y a los miembros de la familia ya que si esto se lleva a cabo, el paciente tendrá la impresión de que se le está ocultando algo y tal vez pierda la confianza en el médico y sus familiares.
- La información habrá que proporcionarla con el mayor tacto posible y en el momento más oportuno.
- Antes de finalizar la conversación el paciente debe estar seguro de que se hará todo lo posible para que mejore su situación, no importa cuán desfavorable sea el pronóstico. Hay muchos pacientes que no tienen posibilidades de sanar pero en todos ellos se puede tratar de mejorar su estado.
- Hay que preparar al paciente para que vaya adaptándose a su nueva situación y hacia su futuro, por este motivo la información debe ser desarrollada acorde con las necesidades y características que presente el caso.

Cuando se trata de un paciente con una neoplasia recurrente se sabe que en la mayor parte de las ocasiones el pronóstico es peor. Esto dificulta mucho más la adopción de una actitud franca, abierta y confortable hacia el paciente. A pesar de ello habrá que tratar de mejorar la situación del paciente y que éste lo perciba de una manera clara y meridiana, procurando dejar siempre abierta la puerta de la esperanza para que trate de colaborar en la mejora de su status sanitario.

Frente a esta postura de informar al paciente está la de tratar de protegerle procurando que no se entere de su mala situación e intentando junto con el profesional sanitario hacer lo posible para restaurar la salud o paliar sus sufrimientos. Se tome la decisión que se tome, ésta deberá de llevarse a cabo siempre en común acuerdo con los familiares no en vano son ellos quienes mejor conocen la realidad del paciente, su componente emocional y psíquico y sus relaciones con la familia y con su entorno social. La información proporcionada al paciente debe ser lo más positiva posible aproximándola a la realidad y dando un amplio margen de esperanza.

Para delimitar este amplio margen de esperanza hay que recordar que en la actualidad el 50 % de los pacientes cancerosos pueden curar. Que cada carcinoma tiene una evolución diferente, tanto en el plano clínico como el pronóstico de esperanza de vida. Siendo la respuesta de cada paciente diferente. También habrá que contar con el hecho de que cada carcinoma se diagnostica en un estadio evolutivo distinto lo que provoca que la actitud terapéutica tenga que adaptarse a las características del tumor. Todo esto da lugar a que cada paciente precise de un tipo de información individualizado y apropiado a su situación. A ello se une el que la reacción psicológica de cada paciente también es específica.

Al recibir una información negativa, se producen tres etapas consecutivas en el psiquismo del paciente, que son: la de comunicación y negación, la de desarrollo del conocimiento y la de la aceptación.

La primera, se caracteriza por que el estado emocional y de confusión hace que el paciente no comprenda lo que ocurre, tratando de negarlo desesperadamente. En muchas ocasiones, estas respuestas se acompañan de reacciones fisiológicas vegetativas del tipo de la taquicardia, náuseas, sudoración, síntomas digestivo, etc.

La segunda etapa o de desarrollo del conocimiento se expresa por que en el paciente aparece una sensación de culpabilidad y tristeza mezclada con desesperación e impotencia, pudiendo proyectarse hacia el exterior a través de respuestas irritativas o violentas, o de síntomas depresivos. Casi siempre, no se revela contra una persona en concreto sino contra las cualidades que ésta le recuerda, vitalidad, salud, libertad, etc.

La tercera es de aceptación, alcanzando el paciente unas mínimas cuotas de paz interior con el apoyo de la familia y reclamando no sólo atención médica de tipo técnico, sino de carácter humano. En este estadio el paciente está inmerso en una situación de labilidad psíquica que se traduce en temores, depresión, soledad, etc., precisando de ayudas psíquicas y sociales para poder conservar unos niveles suficientes de autoconfianza, seguridad y dignidad.

CONFIDENCIALIDAD E INFORMACIÓN

El mantenimiento de la confidencialidad en el área de la información es imprescindible, de su respeto depende la posibilidad de que el paciente pueda desarrollar una vida positiva. Por ello, en este apartado tratamos de explicar los distintos avatares que pueden presentarse en

pacientes ya que muchos miembros de la sociedad muestran rechazo al conocer que padecen un tipo de enfermedad, nos referimos concretamente al caso del SIDA. Por ello, habrá que proteger la información de forma adecuada.

La prueba de la detección debe abordar dos aspectos: consentimiento consciente y confidencialidad.

El consentimiento consciente, considerado como el respeto a la dignidad personal del cuerpo del paciente.

Toda persona psicológicamente válida debe poder decidir sobre su cuerpo y rehusar si quiere cualquier prueba.

En la donación se antepone el derecho del receptor sobre el donante. La tasa de contagio dependiendo del país y de los controles en las transfusiones, va desde un 1/25 a 1/225.000.

Si se quiere iniciar un programa de detección de SIDA en el *lugar de trabajo* hay que desarrollarlo bajo los condicionamientos de la comunicación y aceptación por parte de los interesados. Siendo programado de forma secuenciada y acorde con los conocimientos científicos del momento.

No se considera adecuado el uso de la detección de VIH en los procedimientos de selección de personal.

Las personas VIH positivas deben de ser protegidas de posibles *discriminaciones* de sus compañeros, empleadores y clientes, y esto sólo se logra a través de la *confidencialidad*.

Es cuestión fundamental fijar dónde se va a realizar la prueba, qué medidas se van a utilizar para proteger la información recibida. También se indica la necesidad de no utilizar distintivos que violen la conformidad y que, solamente se podrá reseñar la existencia de esta patología en el área de la Odontología, en *informes, certificados y documentos legales*, oficiales o administrativos en los que por imperativo legal, se obliga al facultativo, a reflejar la enfermedad y caso de no hacerlo, se considera que hay una ocultación de la verdad, incurriendo en responsabilidad legal por falsedad en documento público y administrativo.

Ante una prueba de detección se plantean cuestiones tales como:

- ¿Cómo se protegerá legalmente la confidencialidad?
- ¿Se tomará alguna medida sobre los infectados?
- ¿Cuáles serán sus repercusiones?

En la reunión de la OMS Documento WHO/SPA/GLO/87-2 de Ginebra: se llegó a la conclusión de que era mejor que *las pruebas fueran voluntarias* sin comprometer a los dere-

chos humanos manteniendo la confidencialidad y considerando que *la simple detección no contribuirá a modificar el comportamiento del individuo*, por lo que los riesgos continúan y por ello se proponen medidas de consejo y orientación profesional, así como de educación para la salud.

LA INFORMACIÓN A TERCEROS

Un aspecto que muchas veces se plantea es quien tiene derecho a acceder a un determinado tipo de información sanitaria. En la mayor parte de las ocasiones esta información conlleva aspectos negativos para el paciente, pero existen algunas patologías en las que el acceso a esa información sino es restringida implica un marginación del paciente, es el caso de la lepra, tuberculosis y actualmente el SIDA. Paralelamente y en el reverso de la moneda se plantea el problema de cuales son las obligaciones de todo sanitario a la hora de informar y hacia quien debe de ir dirigida esa información desde el punto de vista ético y moral.

En esta cuestión aparecen varios interrogantes; ¿dónde y cómo se almacena la información? ¿qué datos se desechan y cuáles quedan? ¿quién y en qué condiciones, accede a esta información? ¿cómo, cuándo y a quién se comunican los resultados? ¿deben de ser comunicados personalmente? ¿o a través de una carta? ¿Hay que informar a los convivientes? ¿qué hay que hacer después de informar?, etc.

El número de cuestiones planteadas, es muy extenso y se considera que en este proceso hay numerosas *partes interesadas*.

Un tema que suscita grandes controversias es la obligación de todo sanitario de informar a terceros si hay riesgo para su salud. Se cita el caso de TARASOFF contra los regentes del estado de California. La corte suprema de Justicia de California estableció que cuando un psicoterapeuta considera que un paciente puede convertirse en una amenaza física directa para un tercero, se debe informar a la persona que corre riesgo. Muchas cortes han señalado que no sólo es un deber advertir sino que el sanitario posee la autoridad para hacerlo y que esta autoridad debe de circunscribirse a los individuos que puedan ser identificados como de riesgo. En el caso de compañeros sexuales pasados no hay necesidad de identificar al paciente pero si de realizar exámenes voluntarios para poder fijar si han sido infectados. En los compañeros actuales casi todos están de acuerdo en que es preciso identificar al paciente si hay riesgo próximo real. La

AMA (Asociación Médica Americana) en 1987 propugnó las siguientes vías de actuación:

- Que la persona índice o infectada sea la que informe a sus compañeros, esto es lo deseable.
- Si el índice se niega, serán la autoridades de salud pública las encargadas de notificar.
- Si las autoridades de salud pública se niegan o no asumen esta responsabilidad, es obligación del profesional sanitario hacerlo.

La persona infectada tiene la *obligación moral* de informar a las personas que pueda contagiar.

Si el infectado no proporciona los contactos, la Asociación Médica Americana ha adoptado el principio de informar. En E.U.A. todo sanitario, puede ser considerado legalmente responsable, por la *omisión de advertencia* a una tercera parte acerca de cualquier posible e importante daño directo a la salud.

En otros países son los funcionarios de Salud Pública, los que buscan los contactos comunicándoles la posibilidad de exposición.

Esto mismo fue apoyado en EUA por la comisión presidencial sobre la epidemia VIH considerando que prevalecía el derecho a informar sobre la confidencialidad si había riesgos para terceros. En este grupo se hallan incluidos en primer lugar los cónyuges y después el personal de urgencias, sanitarios, funcionarios de funerarias, etc.

La primera en recibir la información será la persona infectada, pero también hay que considerar a convivientes que puedan tener riesgo, así como a los que tengan relaciones *sexuales*. Otro colectivo que puede ser afectado es el personal de salud, que trata a los pacientes.

En una encuesta llevada a cabo con 1.351 dentistas, KENZEL, C. y SADOWSKY, D. 1991, señalan que el 97 % de los encuestados considera que tiene derecho a saber si el paciente es portador VIH y el 72 % piensan que los pacientes deberían consentir en hacerse la prueba VIH.

El problema surge a la hora de fijar quien debe relacionarse con los *contactos*.

La OMS ha instado a que se declaren a efectos de vigilancia epidemiológica los casos de SIDA y establece que la estrategia global contra el SIDA de la OMS tenga como elementos básicos en la prevención de la infección a la información y la educación junto con la existencia de unos servicios sanitarios sociales adecuados. En este orden se ha fijado en algunos países la necesidad de informar al compañero (sexual o acompañante drogadicto). Esta práctica se enmarcaría unida a otras actuaciones en el área de las ETS. La notificación puede reali-

zarse a través del propio paciente o por personal sanitario utilizándose el término de persona índice para los que están infectados con el VIH o padecen el SIDA. Y considerando compañero o pareja aquel con quien se comparte la actividad sexual o material de inyecciones.

Del 11 al 13 de enero de 1989 la OMS elaboró un documento *Consensus Statement from consultation on partner notification form preventing HIV transmission (WHO/GPA/INF 89,3)* en el que se establecían los siguientes apartados:

- Pensar en programas de notificación a los compañeros en el marco del programa conjunto de prevención y control del VIH puede ser oportuno siempre que se valoren los costos, los efectos de marginación que puedan generar junto con los beneficios potenciales tales como la reducción de la morbilidad y mortalidad por VIH.
- Los objetivos de esta notificación deben dirigirse a prevenir la infección por VIH y reducir la morbilidad y mortalidad provocados por la infección.
- La notificación ha de encuadrarse atendiendo a los siguientes aspectos:
 - a) Enmarcarse dentro del programa global del SIDA, formando parte de la prevención del SIDA y situándolo conjuntamente con otros programas preventivos sobre ETS, drogadicciones, etc.
 - b) Respetar los derechos de las personas índice y compañeros, adoptando un carácter voluntario y no coercitivo y observando el respeto a la confidencialidad e intimidad de la persona índice a pesar de que éste rehusa informar a su compañero y el equipo sanitario se vea obligado a notificar a los que se hallen expuestos al riesgo de contagio.
 - c) Esta acción de notificación se llevará a cabo siempre que se cuente con servicios de apoyo que accedan a la persona índice y al compañero y que le ofrezcan pruebas voluntarias de detección fiables y que sean capaces de asesorar y apoyarse en servicios sanitarios y sociales adecuados.
- En este programa hay que considerar variables tales como la seroprevalencia, seroincidencia, mecanismos de transmisión principales, legislación, valores éticos sociales y culturales, recursos materiales y personales, actividades de prevención del VIH y su relación con otros programas de tipo preventivo, tales como: programas de prevención materno infantil, drogadicción, ETS, etc.
- El método de notificación debe elegirse o bien utilizando al propio paciente o empleando al personal sanitario o de forma mixta. Una vez decidido esto, hay que considerar a qué com-

pañero irá dirigido y cómo se respetará la confidencialidad. La única información importante a transmitir es la que se refiere al posible riesgo de exposición al VIH. Un problema que a veces surge es la comunicación a autoridades sanitarias de otros países en el caso de que los compañeros residan en naciones diferentes.

- El planteamiento de un programa de notificación debe de ir acompañado de un seguimiento y evaluación a través de indicadores directos e indirectos tales como: la reducción de la incidencia, la modificación de hábitos, el uso de condones, la reducción de otras ETS, el grado de satisfacción, la observación de la confidencialidad, la calidad de los servicios de apoyo al índice y a notificados y el costo del programa. Esto a su vez implica que sea necesario fomentar la investigación sobre el programa para evaluar su calidad e idoneidad.

Se pueden usar 2 sistemas, dar el número anónimo de infectados, o apoyándose en la confidencialidad dar el nombre de la persona pero con restricción de acceso a la información.

El odontólogo debe plantearse el problema, de cuando el afectado, no informe sobre los contactos. *Hay que respetar el derecho a la confidencialidad siempre que ésta no repercuta de una forma peligrosa sobre los demás.*

Imaginemos el caso de un paciente, señor Martín que en la consulta de Odontología el doctor ERIZ le diagnostica una leucoplasia vellosa. Realizada la historia nos revela que ha mantenido relaciones sexuales con una drogadicción y que está casado. El laboratorio confirma que es VIH positivo. Asimismo, también nos explica que su mujer está embarazada de 4 meses. De acuerdo con el modelo de beneficencia habría que informar a los compañeros para que puedan protegerse pero el señor Martín pide al doctor ERIZ que respete la confidencialidad. Si nos atuviéramos a una primera interpretación de los deberes *prima facie* el doctor ERIZ si revelase lo que conoce estaría violando la confidencialidad. Pero en este caso hay que considerar que la no información supondría dejar expuestas a un peligro a terceras personas. Así pues, aquí el odonto-estomatólogo se enfrenta a una situación conflictiva que se centra en proteger la confidencialidad o velar por la salud de terceros. Si se trata de una enfermedad de declaración obligatoria hay la obligación legal de informar a la administración sanitaria. En este caso la encuesta también nos reveló que el señor Martín continuaba manteniendo relaciones sexuales con su mujer. Una interpretación más acertada y exhaustiva de los deberes *prima facie* muestra que es obligación del doctor ERIZ

poner en práctica todas las diligencias necesarias para proteger la salud de la señora Martín y su hijo. En este punto es conveniente recordar que una ética basada únicamente en la relación paciente-profesional es totalmente incompleta.

BIBLIOGRAFÍA

1. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION: *Prevention and control of AIDS*. An interim report. JAMA 258: 2097-2103, 1987.
2. ASSOCIATION OF STATE AND TERRITORIAL HEALTH OFFICIALS: *Guide to Public Health Practice: HIV Partner Notification Strategies*. Public Health Foundation, Washington, DC, 1988.
3. CASAS, A.: *Informar sobre el cáncer*. Oncología, 1985, vol. IX: 221-222.
4. *Código Civil*. 11.ª ed., Madrid, Civitas S.A., 1988.
5. *Códigos Deontológicos y normativas Ético-Jurídicas recientes*. LH, 1986, vol. XVIII, n.º 202.
6. *Código Penal*. 5.ª ed., Madrid: Colex, 1989.
7. CONSEJO DE EUROPA: *Los problemas de la muerte y los cuidados de los moribundos*. Estrasburgo, 1981.
8. CHILDRESS, H., y SIEGLER, M.: *Mathaphors and models of doctor-patient relationships: their implications for autonomy*. Theoretical Medicine, 1984, 5: 17-30.
9. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH: *The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. DHEW Publication (OS) 78-0012, 1978.
10. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, COMISIÓN PRESIDENCIAL PARA EL ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS ÉTICOS EN MEDICINA E INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA Y DEL COMPORTAMIENTO. HOSPITAL ETHICS COMMITTEES: PROPOSED STATUTE AND NATIONAL SURVEY: *In deciding to Forego Life-Sustaining Treatment*. Washington, DC., US Government Printing Office, pp. 439-457, 1983.
11. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES. PROPOSED RULE 45 CFR PART 84: *Nondiscriminations on the Basis of Handicap Relating to Health Care for Handicapped Infants*. Fed. Regist. 48 (129): 30850. 1983.
12. FLETCHER, J. C. et al.: *Ethics Consultation in Health Care*. Michigan: Health Administration Press, 1989.
13. GISBERT CALABUIG, J. A.: *Medicina Legal y Toxicología*. 4.ª ed., Barcelona: Salvat, 1991.
14. HIGGINS, R. W. y MARIN, I.: *L'accompagnement des familles*. Revue du praticien 1988, vol. 36, n.º 9: 486-491.
15. KENZEL, C. y SADOWSKY, D.: *Comparing dentist's attitudes and knowledge concerning AIDS: differences and similarities by locale*. JADA, 1991, Mar., 122 (3): 55-61.
16. O.M.C.: *Código de ética y deontología médica*. Madrid: Consejo General de Colegios Médicos de España, 1990.
17. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Propuesta de normas internacionales para la investigación biomédica en sujetos humanos*. 1982.
18. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Asamblea Mundial de la Salud, Resolución, 42.5*. 1989.
19. Poveda de AGUSTÍN, J.: *Información al paciente terminal: un reto antropológico*. Jano, 1992, vol. XLIII, n.º 1009: 93-106.
20. *Report of the Presidential Commission on the Human Immunodeficiency Virus Epidemic*. Washington, DC, U.S. Government Printing Office, 1988.
21. RESOLUCION WHA 41.24 DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. *Necesidad de evitar toda discriminación contra las personas infectadas por el VIH y las personas con SIDA*. 13 de mayo de 1988. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, A/41/VR/15, 1988.
22. ROMEO CASBONA, C.: *Configuración sistemática de los derechos de los pacientes en el ámbito del derecho español*. En: *Jornadas sobre los derechos de los pacientes*. Madrid: Insalud, 1992: 171-198.
23. SALAMAGNE, M. H. y VANIER, T.: *Doleur physique. Souffrance globale a la phase ultime d'une maladie cancéreuse*. R.P., 1986, vol. 36, n.º 9: 457-469.
24. SENRA VARELA, A. et al.: *¿Conocen los enfermos cancerosos su diagnóstico?* Hispalis médica, 1988, vol. 45, n.º 523: 17-21.
25. VEGA RUIZ, J. A.: *Tratamiento jurídico del SIDA*. Edit. Colex, 1992 (Constitución y Leyes, S.A.).
26. VESPIEREN, P.: *L'accompagnement des mourants. Enjeux éthiques et spirituels*. Soins Psychiatrie, 1988, n.º 91: 29-32.

TALLER: LA SILLA DE LA VIDA

RAFAEL GONZÁLEZ MÉNDEZ

Psicólogo-Psicoanalista

Vicepresidente del Instituto Español de Psicodrama Psicoanalítico

DESCRIPCIÓN GENERAL

La silla de la vida es un ejercicio psicodramático que utilizo en los inicios de los grupos terapéuticos. Es un buen inicializador grupal. Sirve como un gran tests proyectivo psicodramático e introduce elementos importantes en la comunicación, tanto en comunicación no verbal, como en los registros de disociaciones cuerpo-habla y además mide niveles de receptividad y espontaneidad. Asimismo, es un buen registrador de miedos e inhibiciones. Sirve para percibir desarrollos de actividad-pasividad y es un ejercicio sencillo, simple y muy útil.

A nivel grupal facilita la creación de matriz grupal. Posibilita el intercambio de comunicaciones y vivencias y posibilita la aparición de identificaciones proyectivas.

Técnicamente es muy válido para la realización de doblajes y aplicar la técnica de selección de los mismos. Facilita la aparición de los mecanismos de proyección.

Utilizo una silla como objeto intermediario facilitador de la proyección.

OBJETIVOS DEL TALLER

1. Presentar un instrumento técnico.
2. Ver el objeto intermediario como facilitador de la proyección del mundo interno del sujeto.
3. Mostrar técnicas de psicodrama básicas y algunas modificaciones.
4. Utilización de las técnicas como facilitadoras del *Insight*.
5. Mostrar la utilidad de los procesos de identificación como herramienta terapéutica.
6. Mostrar la técnica de selección de doblajes.

DESARROLLO TÉCNICO BÁSICO

El taller sigue como desarrollo básico los siguientes pasos, estos pasos no son fijos pero sí deseable que se alcancen.

1. Breve introducción teórica.
2. Realizar un calentamiento mínimo para facilitar la integración y el conocimiento de los integrantes.
3. Este calentamiento va a ser procesual atendiendo a los siguientes temas:
 - Individualidad.
 - Realización con los otros: desde la mirada, desde el gesto, desde el tacto, desde el juego y desde la palabra.
 - Proceso de centramiento en el sí mismo mediante diversas consignas: «Encontrar el ritmo de la vida de uno», *Sculping del momento vital*.
 - Toma de conciencia *insight*, mediante soliloquios del sentido del *sculpting*.
 - Técnica de *hablar al hueco*. Establecimiento de un diálogo entre partes del *self*. Esta técnica está realizada por todos los integrantes.
 - Utilización de dobles, técnicas de espejo, etc., para la facilitación del *insight*.
 - Utilización del objeto intermediario, en este caso ha sido elegida una silla.
 - Consigna de trabajo: *La silla representa a la vida*. Como me relaciono con ella.
 - Desarrollo de distintas escenas.
 - Utilización de estas técnicas para facilitar el autoconocimiento de la relación de objeto que se establece: Niveles de análisis. Lecturas corporales. Análisis de actitudes. Análisis de temores. Análisis de deseos. Análisis de fantasías y fantasmas. Utilización de

- doblajes, soliloquios, espejos. Inversión de roles, etc. Facilitación de *insight*. Análisis del proceso de indentificaciones en los otros miembros del grupo. Escenas de salida resolutorias o modificadoras desde el propio sujeto. Encadenamiento de escenas (en el sentido de Paulowsky y Kessellman). Devoluciones. Identificaciones. Comentarios.
- Cierre desde la coordinación. Breve señalamiento teórico sobre las técnicas utilizadas.

COMENTARIO SOBRE LA SELECCIÓN DE DOBLAJES

Una vez, realizados los doblajes desde la identificación, pido al protagonista que vea cuales están próximos a él, y cuales lejos, con cuales se identifica y con cuales no. Esta técnica facilita el proceso de identificaciones y da paso a la apertura de salidas de la escena.

Asimismo, es importante realizar una lectura diagnóstica de la escena dentro del análisis que publiqué en INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS, volumen del año 92 y 93.

Con la utilización de los objetos intermedios es muy importante analizar el tipo de *relación de objeto* que se establezca y ver sus características básicas.

Así el tipo de relación establecido va a determinar la facilitación de una escena de salida o correctora.

BIBLIOGRAFÍA

- CODERCH, JUAN: *Teoría y técnica de la Psicoterapia psicoanalítica*. Ed. Herder.
- VALIENTE, DANIEL: *Psicoterapia psicoanalítica de grupos*. Ed. Fundamentos.
- FIORINI, H.: *Teoría y técnica de Psicoterapia*. Ed. Nueva Visión.
- MASLOW, ABRAHAM: *La personalidad creadora*. Ed. Kairós.
- MASLOW, ABRAHAM: *El hombre autorrealizado*. Ed. Kairós.
- WILBERG, KEN: *El espectro de la conciencia*. Ed. Kairós.
- WILBERG, KEN: *La conciencia sin fronteras*. Ed. Kairós.
- KESSELLMAN, H.: *Psicoterapia breve*. Ed. Fundamentos.
- KLEIN, MELANIE: *Nuevas direcciones en Psicoanálisis*. Ed. Paidós.
- SIEGEL, BELLACK: *Manual de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. Ed. Manual Moderno.
- SHELDRAKE, RUPERT: *La presencia del pasado*. Ed. Kairós.
- ZOHAR, ANAH: *Conciencia cuántica*. (Muy interesante). Ed. Plaza & Janés.
- PICHÓN RIVIERE, E.: *El proceso grupal*. Ed. Nueva Visión.
- PICHÓN RIVIERE, E.: *La Psiquiatría. Nueva problemática*. Ed. Nueva Visión.
- PICHÓN RIVIERE, E.: *Teoría del vínculo*. Ed. Nueva Visión.
- SMALL, LEONARD: *Psicoterapia breve*. Ed. Granica Editor.
- ANZIEU, DIDIER: *El grupo y el inconsciente*. Ed. Biblioteca Nueva.

TALLER

EL CUERPO EN PSICODRAMA:

EL MONIGOTE

L. ERNESTO FONSECA FÀBREGAS

Médico - Psiquiatra - Psicodramatista - Formador en Psicodrama

Universidad de Barcelona

Cuando se habla de *psiquismo*, de *lo psíquico*, existe la tendencia a confundirlo con *lo mental*, al área del *Yo* que atañe a los *pensamientos*.

Partiendo de la triple decodificación que hace ROJAS-BERMÚDEZ en el *núcleo del Yo*, hemos creado tres sesiones, que llamamos de *diagnóstico psicodramático*, la tercera de las cuales es la que presentamos (la que hace mayor referencia al *área Cuerpo*).

LA PIEL, LOS LÍMITES Y LA IDENTIFICACIÓN. LA SENSIBILIDAD PROPIOCEPTIVA

La piel, el «*gran receptor esteroceptivo*», marca los límites, a la manera de una membrana, entre nuestro cuerpo y el afuera. Como dice ROJAS, «*Todo lo que une, separa*»; y la piel, verdadera *envoltura*, nos separa de lo que no somos a la vez que es el vehículo comunicacional esteroceptivo de lo que VARELA y MATURANA denominan «*clausura operacional senso-motora*», cualidad que, junto a la *plasticidad*, marcan las características fundamentales de nuestro sistema nervioso. Pues bien, al hablar de cuerpo y de conciencia del mismo, debemos de tomar en cuenta tanto *la piel* como el *sistema motor voluntario*. Al referirnos a la *sensibilidad*, que es la que intentamos hacer florecer en esta tercera sesión de D. S., adquiere principal importancia la otra sensibilidad, no esteroceptiva, la *propioceptiva profunda*, cuyos receptores están en nuestro *sistema esquelético músculo-articular*. A lo largo de esta tercera sesión, intentamos profundizar en estos *dos tipos*

de sensibilidades: la *esteroceptiva (piel)* y la *propioceptiva (muscular profunda)*.

La identidad está íntimamente ligada a nuestros límites, y la identificación al tomar conciencia de los mismos.

LA SESIÓN

Caldeamiento

Lo iniciamos con:

- Ejercicios de extensión muscular.
- «El explorador».
- «La bomba aspirante/impelente de aire».

Y añadimos un cuarto caldeamiento específico para la sesión a desarrollar: *El recorrido «circular» sobre el cuerpo*: Le pedimos que busque un lugar y una postura cómoda dentro del escenario, en la que tenga al alcance de su mano la mayor parte de superficie corporal posible. Siempre con ojos cerrados y con música como O. I. I., le damos una pelota de tenis y le pedimos que le dé vueltas palma con palma, de forma circular y profunda («*apretando al máximo sin hacerse daño*»), y vaya subiendo —siempre circularmente y siempre con la palma de la mano por una y otra extremidad superior hasta los hombros. De aquí, y siguiendo por el cuero cabelludo y cara, por todo su cuerpo, sin olvidar se ningún rincón. Sólo intervinimos dos veces, una para indicarle que imagine que «*está pintando su cuerpo*» y que le dé el color a las diferentes sensaciones que vaya sintiendo a lo largo y ancho de las diferentes partes del mismo y otra

para decirle que «*allí donde sus manos no lleguen, utilice el escenario (o la pared) para deslizar su cuerpo sobre la pelota*» y que «*deje la planta de los pies para el final*» (a veces le pedimos que esa parte la recorra de pie sobre el escenario, apoyado en la pared de fondo).

Una vez ha acabado el recorrido total de su cuerpo le pedimos que se estire (en decúbito supino) sobre donde crea que está el centro del escenario y mediante la *técnica del despertar*, se ponga en contacto con el *aquí y ahora*, dando por finalizado el caldeamiento.

Dramatización: *El monigote*

Le pedimos al sujeto que, siguiendo los colores con los que haya *pintado* su cuerpo imaginariamente, construya, con *telas (dramatización simbólica)*, un *monigote* en el escenario. Enfatizamos que *no* sea un *figurín de moda*, sino un *monigote* como acostumbran a dibujar los niños, al modo de los que se hacen el *día de los Santos Inocentes*.

Integración de las «dimensiones del psiquismo» y cuerpo. Comentarios

A continuación le entregamos *un paquete de pelotas* de diferentes tamaños. Acostumbramos a darle un variado de seis tamaños: las más pequeñas y numerosas son de diversos colores (por si tuvieran alguna connotación especial); las siguientes en tamaño son pelotas de tenis; un tercer grupo son bolas blancas de *porexpán* y, por último, tres pelotas diferentes y cada una mayor que la otra.

Se le pide que, tomando en cuenta el *volumen*, escoja una o varias pelotas (*número*) para simbolizar en primer lugar sus *pensamientos*, en segundo lugar sus *actos* y, en tercer lugar sus *sentimientos*. Acto seguido le preguntamos *dónde* cree él que *siente* sus pensamientos, sus actos y —valga la redundancia— sus sentimientos: en qué lugar del *cuerpo* colocaría las pelotas que eligió y las coloque, en el mismo orden que le dijimos. Consideramos que comenzar por los pensamientos y su localización, *cefálica*, es lo más sencillo para cualquier persona. No podemos afirmar al mismo para el orden de *actos* y *sentimientos*.

Con ello el sujeto construye, en tres dimensiones, la *localización sensorial simbólica* de las *áreas del psiquismo* en su propio *cuerpo*, siendo esto un facilitador y objetivador visual de gran ayuda, tanto para el paciente como para el terapeuta, como puede desprenderse de la *visión espacial de las dimensiones* de su psiquis-

mo que, trasladado al *núcleo del yo*, dará cuenta de la *sobrevaloración de las áreas* y de la *confusión de las mismas*.

El humanoide. Las formas y las funciones: corporales y psíquicas. Comentarios

Una vez realizados los comentarios sobre el *monigote*, le pedimos al sujeto que *retire aquellas telas en las cuales no haya depositado ninguna pelota*, o, lo que es lo mismo, aquellas telas en las que no haya depositado ninguna *dimensión de su psiquismo*. Le preguntamos entonces *qué partes de su cuerpo retira* (nos entrega las telas en nuestras manos), para qué sirven (*¿qué función tienen?*) dichas partes corporales y (si hiciéramos una *lectura psicológica*) *qué función tendrían en su psiquismo*. V. gr.: si son las extremidades. A continuación, qué dice en cuanto a la *función psicológica* de dichas partes del cuerpo. Así, nos dirá que sirven para andar, para desplazarse, para sostener el cuerpo; pero, *psicológicamente*, nos sirven para acercarnos y para alejarnos de situaciones y/o personas.

Se hace una reflexión particular sobre las partes que retira. Acto seguido le pedimos que retire las pelotas que están sobre las partes del monigote en el escenario, lo que da lugar a que emerja de lo que he dado por llamar *el humanoide*, dado que se trata la mayor parte de las veces de una figura que se asemeja a la de un ser humano pero carece de ciertas partes. Siguiendo el ejemplo anterior, serían las extremidades inferiores (o sin cuello, o sin vientre, o sin extremidades). Aquí le pedimos que imagine un *robot* o, mejor, un *humanoide* que tuviera dichas características: cómo sería, qué características tendría y qué cosas *no* podría hacer (y qué cosas *sí* podría hacer).

También surgen a veces símbolos *no* humanos que pueden sugerir al sujeto otros contenidos, como *una cruz* o *una flecha*.

Es en esta *dramatización simbólica* en la que nos entretenemos más, pues es la que da lugar a mayores comentarios por ambas partes.

El cuerpo y el psiquismo ideal(es)

Una vez analizados los pasos anteriores (*el monigote* y *el humanoide*), y con todo lo que ha aprendido por sus propios comentarios y los nuestros, le pedimos que nos construya un *cuerpo (monigote) ideal* y que coloque, esta vez de forma y distribución armónica, las pelotas que deberían corresponder *idealmente* a las *dimensiones de su psiquismo*. No quiero olvidarme

aquí de señalar la facilidad que da esta técnica para *iluminar el campo*, pues pocas veces —sólo en casos de gran desestructuración psicótica— el individuo no acierta en *lo más lógico*.

Añadir aquí que *lo más lógico* en cuanto a la distribución de las pelotas consideramos que es lo que sigue:

- **Pensamientos:** *En la cabeza.*
- **Actos:** *En ambas extremidades y cadera (acto sexual, defecación y micción) y abdomen (digestión).*
- **Sentimientos:** *Tórax y abdomen (?).*

El proceso: De lo actual a lo ideal.
Comentarios

Por último, y con ello damos por finalizada la sesión, le pedimos que vuelva a colocar el mo-

nigote y las pelotas tal como lo hizo inicialmente y, lentamente y haciendo un soliloquio respecto a las transformaciones que debe efectuar, que vaya cambiándolas y las vaya colocando tal como siente que debe ser *idealmente*.

Con ello logramos que el sujeto nos diga *él mismo* (y luego se lo remarcamos nosotros en comentarios) *qué cosas cree él que debe hacer para lograr una buena estructuración de su personalidad.*

Cuando alguna vez hemos realizado dicha sesión dentro de un grupo, con un *emergente*, en la etapa de comentarios, el auditorio ha quedado maravillado en cuanto a la eficacia y claridad del método. Comentarios como *«Tú al menos sabes lo que has de hacer»* —dirigidos al protagonista— creo que son esclarecedores en cuanto a la utilidad de la técnica.



TALLER: TRABAJANDO EL SÍNTOMA

MARÍA CONSUELO CARBALLAL BALSA

El Ferrol (La Coruña)

MARÍA ASUNCIÓN RAPOSO RODRÍGUEZ

S. Lázaro. Santiago de Compostela

Directoras de Psicodrama

Palabras clave

Psicodrama - Imágenes - Síntoma - Hospitalización.

INTRODUCCIÓN

En los lugares donde llevamos a cabo nuestro trabajo: Hospital de Día Psiquiátrico de Conxo y la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos del Hospital Xeral de Galicia en Santiago de Compostela, uno de los primeros problemas que se nos plantea en el momento de realizar una psicoterapia grupal, es lo heterogéneo del grupo con el que nos enfrentamos.

Los diagnósticos de estos pacientes abarcan desde los cuadros psicóticos, la dependencia alcohólica, dependencia de heroína, hasta cuadros neuróticos graves.

En el caso del Hospital de Día, la estancia media es de 7 meses y medio y en la Unidad de Hospitalización, de 25 días.

Objetivo

Dado que lo único que unifica al grupo de pacientes, es el que comparten un tiempo de hos-

pitalización y no han podido solucionar sus dificultades por sí solos en su medio habitual, nos proponemos, con técnicas psicodramáticas que dichas personas conozcan y comprendan su situación, tengan más capacidad de autocontrol, sean más autónomos y más responsables de sus respectivas problemáticas.

MÉTODO

Utilizaremos principalmente la técnica de Construcción de Imágenes, propuesta por el doctor ROJAS-BERMÚDEZ, trabajando la problemática del síntoma en sus distintas manifestaciones.

Para la instrumentación de esta técnica, mantendremos el encuadre de la Escuela Argentina: 3 etapas, 5 instrumentos y 3 contextos, de este modo se le pedirá que se sitúe frente a su *angustia*, su *depresión*, su *delirio*, su *alucinación*, su *mono*, su *deseo de consumir*, su *alcohol*, etc.

Con esta técnica se movilizan contenidos que sirven para que el paciente pueda objetivar un material que compartirá con los otros miembros del grupo y que podrá ser confrontado con otras realidades.

