PSICODRAMA Y SALUD

Teodoro Herranz Castillo
(Coord.)

DOCUMENTOS DE TRABAJO

UNIVERSIDAD PONTIFICIA
ICAI ICADE
COMILLAS

Este volumen contiene las actas de la XVI Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama, que se celebró en San Lorenzo del Escorial los días 3-4 y 5 de noviembre y que, bajo el título "Psicodrama y salud", reunió alrededor de doscientos participantes en un proyecto común: mostrar el panorama actual del Psicodrama en nuestro país, y hacerlo desde una posición de encuentro con otras orientaciones teóricas y clínicas de psicoterapia.

8-7-04

Para mi
amiga
Manisol

PSICODRAMA Y SALUD

PUBLICACIONES
DE LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA COMILLAS
MADRID

Serie V: DOCUMENTOS DE TRABAJO, 36

PEDIDOS

UPCO SERVICIO DE PUBLICACIONES
c/ Universidad Pontificia Comillas, 3
28049 Madrid
Teléfono: 915 406 145 • Fax: 917 344 570

EDISOFER, S. L.
c/ San Vicente Ferrer, 71
28015 Madrid
Teléfono: 915 210 927 • Fax: 915 322 863

MELISA
c/ Isaac Peral, s/n; Parcela 10
Polígono Industrial INDUCAN
28840 Mejorada del Campo (Madrid)
Teléfono: 916 681 623 • Fax: 916 681 457

TEODORO HERRANZ CASTILLO
Coordinador

PSICODRAMA
Y
SALUD

XVI REUNIÓN NACIONAL
DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSICODRAMA

UNIVERSIDAD PONTIFICIA
ICAI ICADE
COMILLAS
MADRID

2001

© Universidad Pontificia Comillas
ISBN: 84-8468-021-5
Depósito Legal: BU- 275. – 2001
Diseño de cubierta: Belén Recio Godoy
Maquetación: Rico Adrados, S.L. - Burgos
Imprime: Imprenta Amabar, S.L.

Queda prohibida toda reproducción de la obra o partes de la misma por cualquier medio sin la autorización prevista.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN: **Teodoro Herranz Castillo** 11

CAPÍTULO 1. PSICODRAMA Y SALUD 15

1.1. Beneficios de la intervención grupal para el incremento de de los factores de protección ante el uso y /o abuso de psicofármacos en el colectivo de la mujer. **M. Ángeles Becerro Rodríguez** 17

1.2. Un enfoque desenfadado de cómo prescribir un (psico) fármaco de forma (psico) terapéutica. **Antonio Pintado Calvo** 25

1.3. Aplicaciones del psicodrama en oncología: Estudio de Casos. **Fabiola Cortés Funes Urquijo. Almudena Olivares Paret** 35

1.4. ¿Qué sientes? Psicodrama, sentimientos y emociones. **Luis Ferrer i Balsebre** 47

CAPÍTULO 2. PSICODRAMA PAREJA Y SEXUALIDAD 59

2.1. Terapia breve de grupo con parejas. **José Díaz Morfa** 61

2.2. Amor, Sexo, Ternura y Psicodrama. **José Antonio Espina Barrio** 75

2.3. Genero y Violencia Cotidiana en la relación de Pareja. **Elisa López Barberá** 85

CAPÍTULO 3. PSICODRAMA MENORES Y FAMILIA 93

3.1. Religaciones y psicodrama en niños. Impresiones de unos yoes auxiliares novatos. **Javier López, Natalia Ortega** 95

3.2. El niño autor y protagonista a través del psicodrama simbólico. **Irene Henche Zabala** 109

3.3. Psicodrama con grupo intercultural de niños con clima familiar desestructurado en barrio periférico. **Lorenzo López, Sandra Campos, Mercedes Benito, Cristina Ramos** .. 125

3.4. La relación tipo corredor en el agrupamiento de roles papaterno durante estructuración del modelo de defecador. Observaciones en psicodrama clínico. **Pablo Álvarez Valcarce** 137

CAPÍTULO 4. PSICOTERAPIA DE GRUPO Y PSICOFÁRMACOS .. 153

4.1. Psicofármacos y psicoterapia dinámica. **Nestor Szerman** .. 155

4.2. Qué cabe esperar del grupo y psicodrama analítico. **Emilio Gamo Medina. Pilar Pazos Pezzi** 169

4.3. Grupos de psicoterapia analítica para psicóticos. **M José de la Viña Guzmán** 179

4.4. Demandas de Psicofármacos y/o Psicoterapia tras el cierre de un grupo abierto: Análisis de una experiencia. **Enrique Guerra Gómez. María del Mar Cañadas Navas** 189

CAPÍTULO 5. MODOS DE PENSAR EN PSICODRAMA 201

5.1. La psicoterapia experiencial: El enfoque corporal de Gendlin. (Focusing) **Carlos Alemany** 203

5.2. Psicodrama y ensueño dirigido. **Esperanza Fernández Carballada** 213

5.3. Funciones dela conciencia y el psicodrama. Las Funciones del psicodrama y su relación con las funciones de la conciencia humana. Ernesto Fonseca-Fábregas 219

CAPÍTULO 6. PROPUESTAS DE LA PSICOTERAPIA ACTUAL .. 231

6.1. Perspectivas Actuales de la terapia cognitivo-conductual. **Maria Crespo López** 233

6.2. Notas sobre el futuro de la psicoterapia. **Alberto Fernández Liria** 243

6.3. La psicoterapia de ayer, hoy y mañana en esta encrucijada de siglos. **Pedro Fernández-Villamarzo** 271

6.4. La Formulación de un deseo desde una posición de en cuentro. **Teodoro Herranz Castillo** 277

CAPITULO 7. PRIMERAS EXPERIENCIAS EN PSICODRAMA . **289**

7.1. La culpa, el miedo, la mentira y la sinceridad: Cuatro compañeros de piso. **Vega Candelas García, Begoña Gutiérrez Martín, Caín Girol-Vizcay, Teodoro Herranz Castillo** ... 291

7.2. Psicodrama constructivista en un caso de melancolía. **Teodoro Herranz Castillo, Elvira González Jiménez, Vega Candelas García, Javier Lizcano Martín** 303

7.3. Experiencia en Psicodrama con Ancianos. **Marian Mascias Luna. Olga Lucia Hoyos de los Rios** 315

INTRODUCCIÓN

Este volumen contiene las actas de la XVI Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama, que se celebró en San Lorenzo del Escorial los días 3-4 y 5 de Noviembre y que, bajo el título "Psicodrama y Salud", reunió alrededor de doscientos participantes en un proyecto común: mostrar el panorama actual del Psicodrama en nuestro país, y hacerlo desde una posición de ***encuentro*** *con otras orientaciones teóricas y clínicas de psicoterapia.*

¿Qué puede encontrar el lector cuando se acerque a este texto?

En primer lugar, lo obvio, lo que podemos apreciar en el índice.

En el capitulo 1 observamos un trabajo voluntarioso por llevar a la clínica aplicada el psicodrama. Y eso se concreta en una aproximación a la oncología, a los aspectos terapéuticos que conlleva dar una medicación para sostener la identidad dañada del ser humano, a la comprensión de ser mujer y el precio en salud que en determinados contextos implica, y una última aportación para acercarse al sustrato emocional de la salud.

En el capitulo 2 nos encontraremos con una apuesta por la comprensión de las relaciones de pareja y la sexualidad. La agresividad y la sexualidad se analizan desde su dimensión relacional ligadas al hecho incuestionable de la necesidad del otro, frente a una filosofía individualista y/o utilitarista de las relaciones humanas.

En el capítulo 3 veremos trabajos que se acercan a la comprensión del mundo del menor y la familia, o la ausencia de familia del menor. Los trabajos que aquí se recogen inciden en una de las problemáticas más duras de nuestra sociedad actual, como es el desarraigo de los niños, el abandono y la institucionalización. No es difícil agrupar en una taxonomía las características diferenciales de los niños que pertenecen a familias desestructuradas, pero es menos fácil y mucho menos agradable entender la posición de exclusión que se adopta desde la prepotencia ligada a la inseguridad de entender que este mundo es una creación nuestra. Los autores de

estos trabajos, lo hacen desde su exposición personal, sus limitaciones y sus desarrollos técnicos.

El capitulo 4, es una invitación a que el mundo de la psiquiatría se ponga en contacto con el mundo del grupo. El grupo como factor de cambio, no necesariamente un grupo de psicodrama, porque, el modo de pensar, la interacción entre la psicofarmacología y los grupos, se puede hacer desde un esquema referencial psicoanalítico, psicodinámico, psicodrama analítico, psicodramático... pero es necesario, acercarse a los tratamientos combinados, y avanzar en el conocimiento de las interacciones entre el apoyo biológico y el apoyo de los demás.

El capitulo 5 es un acercamiento a la heterodoxia; no existe un modo de hacer psicodrama, como no existe un modo de ser psicoterapeuta, por ello algunos pisocodramatistas se acercan a otras estrategias de tratamiento y otros psicoterapeutas se acercan al psicodrama. El modo en que se encuentra en este capitulo, la imbricación de distintos quehaceres terapéuticos lleva implícita la complementariedad que supone la aceptación de lo distinto para entender nuestro modo de trabajar.

El capitulo 6 es una apuesta por la integración. La integración devendrá o no en un modelo compartido de la psicoterapia. Pero la actitud de llegar a comprendernos, se refleja en este capítulo de la mano de las orientaciones que son hoy más conocidas y más respetadas: la cognitivo-conductual, la psicoterapia integradora, el psicoanálisis, y el psicodrama.

El capítulo 7, recoge dos casos clínicos y una experiencia psicosocial.

Los casos clínicos muestran el modo de intervenir con dos tipos de patología, y con un mismo proceso técnico teórico, que une el psicodrama con la epistemología constructivista. El tercer capitulo, es el resultado de llevar la posición psicodramática al mundo de la tercera edad; quizás sea un hermoso modo de reparar el desgaste que el paso del tiempo genera en la espontaneidad que para nosotros es prácticamente lo mismo que decir en la vida.

Lo segundo que el lector se va a encontrar en este libro, que no es tan obvio, es un modo de sentir la vida que está implícita en el pensamiento moreniano. El deseo de convertir a las personas en los protagonistas de su propia historia.

Agradecimientos

A todos los que con su presencia, y trabajos, hicieron posible que se creara este texto. Pero conseguir que estas actas se convirtieran en un libro se debe a la generosidad de la Universidad Pontificia de Comillas y a su servicio editorial.

Muchas gracias.

TEODORO HERRANZ CASTILLO

Presidente de la Asociación Española de Psicodrama 1998-2000

CAPÍTULO 1

PSICODRAMA Y SALUD

M.ª Angeles Becerro Rodríguez

Médico. Psicodramatista

BENEFICIOS DE LA INTERVENCION GRUPAL PARA EL INCREMENTO DE LOS FACTORES DE PROTECCION ANTE EL USO Y/O ABUSO DE PSICOFARMACOS EN EL COLECTIVO DE LA MUJER

JUSTIFICACION

A partir de la experiencia de trabajo con el colectivo específico de mujeres, se viene desarrollando desde 1992 un programa de promoción de la salud mental en las mujeres, amas de casa, en tratamiento con psicofármacos. Este programa tiene como objetivo reforzar la red de apoyo social percibido. El apoyo social se considera factor de protección fundamental para el equilibrio biopsicosocial, y el grupo es el instrumento elegido para desarrollar las habilidades y competencias sociales.

INTRODUCCION

La construcción del género femenino a lo largo de la historia indica de qué manera el estilo de vida de las mujeres, en especial la vida cotidiana, repercute de modo decisivo sobre sus modos de enfermar.

Con el desarrollo de la familia nuclear, lo privado e íntimo de los vínculos afectivos se convirtieron en el ámbito "natural" de la mujer. Se configuran una serie de prescripciones respecto de la "moral materna", que suponía un modelo femenino en el seno del ámbito doméstico, con características psíquicas de receptividad, contención y nutrición, no sólo de los niños sino también de los hombres que

regresaban a sus hogares después de su actividad cotidiana en el ámbito doméstico. El cumplimiento de este ideal se ofrecía como garante para la salud mental de las mujeres.

Además, la sociedad que definía el rol de sus miembros como básicamente productores, y que sitúa a las mujeres en el lugar social-familiar de la producción de afectos, el malestar de las mujeres se gestionará en el interior del grupo familiar.

En la actualidad, la mujer ha incorporado el rol social de trabajadora estradoméstica. Las mujeres que acceden a nuestro programa, son amas de casa, tienen estudios primarios, viven en el cordón industrial de Bilbao, y su incorporación al mundo laboral es en el ámbito de las funciones del ama de casa, limpieza y cuidados a niños y ancianos, un porcentaje muy alto se hace cargo de sus propios padres o nietos.

Se observa que, subsisten los prejuicios de no reconocer el trabajo de la mujer como un verdadero trabajo, con lo cual ella misma no percibe a tiempo su cansancio y si lo percibe posterga su alivio. En muchos casos, el cansancio aparece bajo la forma de angustia, sentimientos de culpa, hostilidad reprimida o trastornos psicosomáticos que le lleva a "graduarse en la carrera de paciente".

En el grupo de mujeres que acuden a nuestro programa se observa una mayor incidencia de síntomas obsesivos y rituales compulsivos de limpieza; así como, duelos patológicos asociados a un déficit de apoyo social percibido.

Ante estas necesidades específicas, los recursos existentes más utilizados son los centros de atención primaria y de salud mental. El uso y abuso de psicofármacos puede convertirse en un ritual, como las tareas domésticas, que no se atreven a abandonar o a cuestionar porque forman parte de los sostenes de su vida diaria. A veces, no son sólo los mecanismos de acción química de la droga, sino su representación imaginaria, lo que provoca sus efectos, ya que implica un vínculo con un otro, concebido imaginariamente, en quien confía y se delegan funciones yoicas.

Cabe destacar al respecto, una de las conclusiones que propone Ana Arillo en su trabajo de tesis doctoral *"se ha observado mayor proporción de depresión entre las mujeres que manifiestan tener carencia de una persona en la que confiar, y entre las que no realizan frecuentemente actividades de grupo. Este último factor, puede llegar a aumentar hasta en*

siete veces el riesgo de tener depresión. Ambas asociaciones irían en la línea de la importancia de los vínculos sanos como base del desarrollo de la confianza de la persona en sí misma, base a su vez, del equilibrio emocional".

La intervención grupal con mujeres que consumen psicofármacos

El trabajo en grupo con mujeres se propone como un espacio que permite el cambio en la respuesta al malestar en las mujeres. En lugar de manifestar el malestar a través de síntomas y solucionarlo con psicofármacos, se trata manejar su malestar a través de la comunicación y el compartir con la ayuda del grupo. Al percibir el apoyo del grupo pueden desarrollar conductas de afrontamiento ante situaciones estresantes que, de forma significativa, incidirán sobre sus niveles de autoestima y autoeficacia.

El apoyo emocional que reciben en el grupo les permite desarrollar destrezas conductuales y socioemocionales que las conducirán a resultados más adaptativos y que por lo tanto, disminuirán sus niveles de ansiedad.

De acuerdo con Rappaport (1992), *"la justificación del acercamiento al usuario de la salud mental comunitaria no reside tanto en su capacidad para prevenir la enfermedad mental, como en su contribución para que el mayor número de personas sean capaces de volver a ganar el control sobre sus propias vidas"*; proceso denominado por este autor como "empowerment" y que entronca directamente con el modelo de competencia.

El modelo de competencia ofrece las siguientes ventajas (Marlat 1989):

a) El constructo de competencia está firmemente establecido dentro de la teoría del desarrollo onto y filogenético del ser humano.
b) Los estudios longitudinales ponen de manifiesto que es la ausencia de competencias adaptativas amplias, y no la presencia de grupos de síntomas por sí mismos, lo que es más predictivo de la psicopatología a largo plazo.
c) Se focaliza en intervenciones preventivas diseñadas para promover el desarrollo cognitivo, destrezas conductuales y socio emocionales, que conducirán a resultados adaptativos y un sentido de control personal.

Fernández Ríos (1994) examina la ecuación propuesta por Elías (1987) en donde se describe que *"la probabilidad de la incidencia de desórdenes psicológicos se incrementa de forma directa en la medida en que el individuo posee niveles más altos de estrés y sufre un incremento de vulnerabilidades físicas (ya sean genéticas o no). Algunas de las posibles estrategias de intervención preventiva son entrenamientos en destreza de afrontamiento, realzamiento de la autoestima, establecimiento de redes sociales que proporcionan apoyo social".*

$$\text{Incidencia de desórdenes Psicológicos} = \frac{\text{estrés + vulnerabilidad física}}{\text{Estrategias de afrontamiento + autoestima + apoyo social}}$$

El programa "Mujeres por la salud" propone una forma de trabajo grupal a través del cual se ve una disminución significativa de los niveles de ansiedad. Las mujeres son capaces de elaborar estrategias de afrontamiento a través del juego de roles y la autoestima se verá reforzada con el desarrollo de la espontaneidad.

El apoyo social como factor de protección fundamental

El término apoyo social se utiliza para definir e identificar distintas dimensiones derivadas de las relaciones sociales. En todo caso, se refiere a algo personal, cuyo componente más subjetivo es denominado "apoyo social percibido", en tanto que las "redes de apoyo" son la contrapartida socio-estructural y objetiva y que hace referencia al tamaño, densidad y homogeneidad existente en las relaciones sociales.

Fastinger (1954) propuso que buscar la comparación de otras personas en situaciones de temor o ansiedad era debido, al menos en parte, a la necesidad de establecer un proceso de comparación social, a través del cual se puede obtener información a cerca de la situación estresante (lo que permite reducir la incertidumbre) y validar las propias reacciones (comparando sentimientos y conducta).

Los efectos protectores del apoyo social se han observado con mayor frecuencia al utilizar medidas funcionales, esto es, el análi-

sis de la medida en que las relaciones sociales satisfacen diversas necesidades.

Funciones fundamentales del apoyo social:

1) Apoyo emocional
2) Apoyo instrumental = ayuda práctica
3) Apoyo informacional. Incluye el consejo, orientación o guía.

Lin (1986) propone agrupar el conjunto de propuestas en dos grandes dimensiones:

a) Dimensión instrumental. Se refiere a la medida en que las relaciones sociales son un medio para conseguir objetivos o metas.
b) Dimensión expresiva. Las relaciones sociales son un fin en sí mismas, como un medio por los que el individuo satisface necesidades emocionales y afiliativas, tales como el sentirse amado, compartir sentimientos o problemas emocionales, etc.

Esta dimensión expresiva del apoyo social es también una cualidad tanto de los grupos de autoapoyo como de los de corte más terapéutico. De hecho Yalon cita el estudio realizado por Dickoff y Lakin en donde "los pacientes consideraron que el apoyo social era el principal valor terapéutico".

Los pacientes definían el apoyo como:

- Reducción del aislamiento.
- Universalidad.
- Compartir problemas.
- Aprender a expresarse.

Así mismo, Prochaska y col. (1988) analiza los diez procesos de cambio que han recibido mayor apoyo teórico y empírico. Estas investigaciones indican que existe un grupo de procesos de cambio comunes utilizados por todos los individuos que intentan superar problemas como el distrés psíquico y las conductas adictivas. Sin embargo, algunos se utilizan más que otros; los individuos se sirven más de las relaciones interpersonales de ayuda o apoyo y de la concienciación para superar el malestar psíquico.

Los grupos llevados acabo en la comunidad no siguen estrictamente los parámetros aplicados en la clínica, toman características de los grupos de autoayuda; es decir:

- son un grupo de iguales con similares problemas
- se llevan a cabo en un entorno no orientado a la terapia
- no se pone énfasis en el rol de enferma
- se destacan las competencias de cada una poniendo un acento especial en los logros conseguidos día a día
- las participantes son miembros activos de su cambio sirviendo de modelo unas a otras

En los grupos comunitarios que llevamos a cabo, se promueve un proceso generador de cambio. Las mujeres toman una mayor conciencia del origen de su malestar; son capaces de volver a ganar de nuevo el control sobre sus síntomas de ansiedad, lo cual redunda en una mejora de la calidad de vida y una disminución de la ingesta de psicofármacos. La vivencia grupal supone un incremento de la percepción del apoyo social. Las mujeres conocen los recursos que tienen, a nivel personal y comunitario, y la mejor forma de adecuarlos a sus necesidades.

BIBLIOGRAFIA REVISADA

ABRIL CHAMBO, Vicente Javier: "Apoyo social y salud. Una perspectiva comunitaria". Ed. Promolibro. Valencia, 1997.

ARILLO CRESPO, Ana: "Epidemiología de las enfermedades mentales en mujeres de una zona urbana". Tesis doctoral. Universidad del País Vasco. 1997.

BECERRO RODRÍGUEZ, M.ª Angeles: "Mujeres por la salud. Alternativas preventiva al uso de psicofármacos en un grupo de mujeres". Ponencia XIV Reunión A.E.P. "Psicodrama. Una propuesta de futuro". Sevilla, 1998.

BURIN, Mabel: "El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada". Ed. Paidós, 1993.

CAPLAN, GERALD. "Aspectos preventivos en salud mental". Ed. Paidós, 1993.

FERNANDEZ BALLESTEROS, Rocío. "El ambiente. Análisis psicológico". Ed. Pirámide, 1987.

FERNANDEZ-RIOS, Luis: "Manual de psicología preventiva. Teoría y práctica". Ed. Siglo XXI. 1994.

GRACIA FUSTER, Enrique: "El apoyo social en la intervención comunitaria" Ed. Paidós, 1997.

PROCHASKA, James O. "Modelo trasteórico de cambio para conductas adictivas"

SANCHEZ VIDAL, Alipio: "Psicología comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención". Ed. EUB, 1996

YALOM, Irvin: "Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo". Ed. Fondo de Cultura Económica. 1986

ANTONIO PINTADO CALVO

Psiquiatra. Psicodramatista. Psicoterapeuta

UN ENFOQUE (DES)ENFADADO DE CÓMO PRESCRIBIR UN (PSICO)FÁRMACO DE FORMA (PSICO)TERAPÉUTICA

I. INTRODUCCIÓN AL ENFOQUE

El índice de fracaso de un tratamiento farmacológico, es bien sabido que en gran medida depende del incumplimiento terapéutico por parte del paciente, siendo varias las causas del mismo.

Pero una de ellas no se nombra mucho: el paciente no tiene ni idea de cómo ni por qué actúa el medicamento prescrito; no sabe el por qué de las dosis únicas o fraccionadas; pero lo que es peor, puede que no sepa cuándo ha de tomárselo ni durante cuánto tiempo, ni cómo. Ni para qué sirve.

Nos estaríamos refiriendo al mecanismo de acción, a farmacocinética y farmacodinámica, a posología, a forma de administración y a indicaciones. Aún quedarían efectos adversos e interacciones, ya que las contraindicaciones interesan más al prescriptor para, en su caso, no prescribir.

Lo anterior concierne al paciente; pasemos revista a otro aspecto: ¿Por qué el prescriptor padece un extraño desasosiego en el acto de la prescripción, aterrado ante la sola posibilidad de que esta resulte clara?

1. Porque piensa que no tiene tiempo. 2. Porque lo siente como una vivencia vergonzante: " total para quien es éste o sus entendederas"; "no sé para qué me molesto"; "no sé qué mandarle, no necesita nada pero cualquiera se lo dice o precisa varias cosas a distintas horas y en distintas formas galénicas y cualquiera se lo explica"; "¿ qué demonios hago aquí y para qué diantres vale todo este tinglado?". 3. Porque tiene el calambre del escribiente o, si en extra-

ñísima circunstancia escribe, resulta igualito que si lo tuviera, dado lo ilegible de su escritura. 4. Porque su ínclito saber tendrá tanto mayor poder en la medida que resulte más directamente proporcional al esoterismo, a lo hermético. 5. Porque su trabajo es exclusivamente médico y termina con la prescripción; que el otro le entienda, que la siga o no, es cosa del otro... y si no, que se lo explique la Trabajadora Social. 6. Porque está quemado. 7. Porque hablar claro desnuda, deja inerme, es como asomarse a un precipicio sin el quitamiedos de las palabras rápidas, apenas farfulladas, precipitadas y equívocas que tanto protegen a todos aquellos que se dedican a disciplinas que son, más que opinadoras, dictaminantes.8. Porque es humano y está muy solo ante la exigencia. 9. Por otras causas.

II. ENFOQUE GENERAL

El título tiene exactamente la misma significación con o sin paréntesis; de las dos formas es igualmente válido. A veces se enfada uno mucho como psiquiatra, como psicoterapeuta, con los modos de prescribir de colegas médicos, generalistas o de otras especialidades, pero casi siempre se enfada uno como médico, cuando sus pacientes acuden y vuelven de ellos o, previamente, sin enviarlos uno mismo, ya estaban en tratamiento con alguno. Sigue corriendo la historia de que los psiquiatras somos de los pocos médicos que escribimos con letra de molde los tratamientos y la posología; lo malo va siendo que por aquel miedo aberrante de no parecer lo suficientemente médicos, nos queremos parecer más " a ellos" no sólo por sus virtudes, sino también por sus defectos y, poco a poco, vamos o iremos cayendo en "el oscurantismo prescriptor". No hay ni "ellos" ni "nosotros", sólo hay médicos, así de sencillo, y como tales médicos con una práctica y una deontología comunes, tenemos todos el deber sagrado de ser claros con nuestros pacientes, haciendo de la prescripción un acto sencillo y que quede completamente dentro de la relación médico-enfermo que se estudia en Patología General y que después hemos ido llamando relación terapéutica.

Atendamos a un galimatías que no es tal: Cualquier fármaco se debe mandar de forma terapéutica; cualquier psicofármaco, por lo tanto, se debe mandar de forma terapéutica; pero el acto de mandar

cualquier fármaco de forma terapeútica, puede adquirir propiedades psicoterapeúticas, lo cual resulta indistinto se mande un fármaco o un psicofármaco, pero como el usuario del psicofármaco ya anda con unas connotaciones específicas, con más razón si cabe, se puede estar ya haciendo psicoterapia a la hora de prescribir un psicofármaco...

III. ¿QUÉ ENTENDEMOS POR PRESCRIBIR UN FÁRMACO DE FORMA TERAPÉUTICA?

Aparte del chiste fácil de que lo primero y principal es que el fármaco esté indicado para aquello que se quiere combatir, puesto que si no fuera así no llegaríamos a ninguna parte, aquí, en este comentario, nos tenemos que centrar no en lo que se prescribe, sino en qué forma, es decir: en el acto de estar haciendo la prescripción; algo que ocurre en un momento, en un instante, absolutamente presentizado; es un momento único e irrepetible en un Aquí y Ahora en la escena de la relación médico-paciente. Es un momento de enorme trascendencia, esperado por ambos polos vinculares casi con igual inquietud y expectativa; el que prescribe, el médico, porque llega a su momento culminante de arrojo y responsabilidad; el destinatario de la prescripción, el paciente, porque confía nada menos que en poder curar o aliviar sus males con un remedio externo y sustancialmente artificioso. Naturalmente que el vínculo es asimétrico y que hay un rol predominante, el del médico; a él, a él le corresponde dirigir la escena que es esencialmente bipersonal; el que prescribe es el DIRECTOR pero NO es el PROTAGONISTA. Cualquier escena psicodramática en la que el Director sea o quiera ser el protagonista, será desastrosa, perversa, creadora de yatrogenicidad. El PROTAGONISTA es quien recibe la prescripción, el PACIENTE. Ojo a estas cosas que, aunque se antojen evidentes, no las tiene todo el mundo claras y son fundamentales para el tema que nos ocupa. Enfocado así, desde el paradigma que sustenta al Psicodrama: el Momento, el Aquí y Ahora, el posicionamiento existencial YO-TU, la relación, el vínculo, los roles y, al fin, la Escena, con un director y un protagonista; enfocado así, decimos, la cuestión del acto de prescribir puede entenderse y describirse con más facilidad como un hecho terapéutico en sí mismo. Veámoslo.

En la escena psicodramática, el director debe ser, básicamente, un facilitador; ¿para qué?, para que el protagonista pueda desempeñar su rol de la forma más espontánea y creativa posible para que así, superando ideas y actitudes rigidificadas, preconcebidas, estereotipadas, prejuiciosas, pueda obtener el máximo beneficio en cuanto a mejoría personal y, por tanto, también de su entorno grupal, social, más próximo.

Para ello, el director debe poner su máximo interés, cuidado y atención en el protagonista. Cuando ya lo conoce bien por haber trabajado muchas escenas con él, todo se irá haciendo más fácil. Pero siempre hay unas primeras escenas, incluso una primera y única y, a lo peor, muy cortas, muy atosigadas de tiempo; ahí es donde se ven los buenos directores, cuando hay que repentizar, cuando no dimiten de la dirección antes de que empiece la escena necesaria e inevitable; y repentización no es sinónimo de práctica pedestre ni salvaje, sino que puede ser consecutivo a experiencia, buena praxis y conocimiento profundo y bien fundamentado de aquello que se está haciendo o que se va a hacer. El director, centrado en el protagonista, tratará de que éste desempeñe su rol y ello conlleva dos pasos sucesivos, el primero que lo conciba bien, que lo entienda y el segundo, que lo lleve a cabo, que lo desarrolle. ¿Y cómo?, con espontaneidad y creatividad, es decir, a su propia forma, según su propia idiosincrasia y con la mayor libertad personal posible.

Concretemos todo esto, sin más circunloquios, en la Escena del Acto de la Prescripción, para que se vea que no se trata de preconizar teorías o hipótesis más o menos retóricas.

En el momento de la prescripción, el médico (director) ya debe tener ensamblado un conocimiento suficiente del paciente (protagonista), haya tenido el tiempo que haya tenido y fueren cuales fueren las circunstancias en que se hubiere desarrollado la consulta. No parezca esto exagerado o sesgado hacia los intereses de lo que queremos expresar; nadie se echa las manos a la cabeza cuando en dos minutos se ha hecho la anamnesis, se ha procedido a la exploración y se ha establecido el diagnóstico de síndrome gripal, gastroenterocolitis, psoriasis, alopecia areata o, incluso, "depresión"; ¿por qué aceptamos todos que podemos saber a toda velocidad eso que le pasa a un señor pero nos parece inverosímil saber ya algo sobre ese mismo señor? No se trata de saber su vida y milagros, cosa que tam-

poco garantiza que el acto de prescribirle algo sea terapéutico, pero sí que podemos saber cosas que nos orienten a cómo dirigirle en esta crucial escena de la mejor forma posible. Sabemos cómo se expresa y comunica tanto verbal como analógicamente, ya que por breve que haya resultado el contacto, nos habrá tenido que dar unos mínimos datos personales y habrá referido sus molestias, sus padecimientos; sabemos cómo se sienta, cómo sigue nuestras indicaciones y responde a nuestras preguntas; si es un "veterano" o un "novato", si se muestra reticente, enteradillo, sabihondo, ignorante, entregado, ansioso, dubitativo, sereno, confiado, correcto, ineducado, soez, negativista... No digamos si nos llega derivado por otro compañero, de cabecera o de otra especialidad que nos aporta datos y por escrito en un volante; claro que hay que molestarse en leerlo sin ese sentimiento de grandeza olímpica del conocido prejuicio médico apriorístico: "Asunto de qué me mandará este ignorante al tío este". También, a fuer de ser justos, tenemos que insistir en que lo escrito no sea jeroglífico como en numerosas ocasiones sucede; lo primero porque irrita y lo segundo porque cuando se nos escapa entre rabiosos e impotentes eso de "¿y aquí qué pone?", quedamos a los pies de los caballos de cara al paciente que deduce que no sabemos leer o no entendemos de Medicina. No caeremos en la obviedad de decir que si el paciente ya es conocido por nosotros y lo tenemos historiado, estaremos en las mejores condiciones. La cuestión es que desde aquí aseguramos que de una u otra forma, sí que tendremos siempre un mínimo y suficiente conocimiento sobre el paciente, con la condición de la cual partíamos de centrarnos en él como protagonista, como para intentar con garantía de éxito que desempeñe su rol actual, que no es otro que: "Paciente que debe seguir al pie de la letra la prescripción farmacológica que le indica su médico".

Ya dijimos que el primer paso consiste en que conciba, que entienda el rol convenientemente. Sabidas o presumidas las características del paciente, sólo el arte en el dirigir y la honesta seguridad en nosotros mismos y en nuestro leal saber y entender lo que nos traemos entre manos, nos llevarán a que esa persona que tenemos delante, dé ese primer paso imprescindible y asuma que su rol es dependiente, que debe ponerse en nuestras manos y que le toca ser dócil, obediente, disciplinado. Nuestra flexibilidad como directores al servicio del protagonista. Así nos tocará ser autoritarios unas ve-

ces, incluso dictadores prepotentes; sugestivos seductores, negociadores hábiles en otras; suplicantes por su bien; razonadores cartesianos; simpáticos afectuosos; hasta geniales o carismáticos. (Por ello, en este sentido, titulábamos hace poco otro trabajo como "Psicoterapia: Una tarea estética".

El segundo paso ya vimos que consiste en el mismísimo desarrollo del rol. Hay que facilitárselo. Lo primero es la INFORMACION; primero, clara y de palabra; después o al mismo tiempo, clara y por escrito. Hagamos una matización que no por evidente ha de resultar superflua: de verdad, aunque perdamos tiempo, que a la postre lo ganaremos, aunque no sea nuestro cometido estricto, aunque a nosotros qué más nos dé, de verdad, si percibimos nítidamente o, al menos, con pocas dudas que el paciente no está capacitado para desarrollar el rol, convenzámosle de que venga otro día con un acompañante (en Psicodrama, ego o yo auxiliar) o pongamos los medios por nosotros mismos o por otros profesionales para que así suceda. No seamos tan apragmáticos, por no decir tan cínicos o tan idiotas, como para hacer una prescripción sin unas mínimas garantías o posibilidades de seguimiento de la misma. Hecha la matización, volvamos a la información.

Primero la indicación; para qué sirven todas y cada una de las cosas que te mando. Segundo la posología; qué cantidad y en cuántas tomas la repartes al día. Tercero la duración total del tratamiento. Cuarto las vías de administración y los modos; esto es oral, disuelto en agua o tragado entero, en ayunas o a estómago lleno; esto se extiende con una gasita por el cuero cabelludo estando el pelo húmedo. Quinto la advertencia sobre posibles efectos secundarios indeseables, para que si aparecen simplemente no se asuste o si nos tiene que avisar o dejar inmediatamente el fármaco y sobre las posibles interacciones con bebidas, alimentos u otros fármacos que esté tomando o vaya a tomar al tiempo. Hasta aquí la información sin que nos pregunte el paciente(protagonista) o sin que nos quiera dar su parecer, aclarar o discutir algún aspecto. Porque si así ocurre, hay que seguir la escena en la cuestión de la información. Por ejemplo: "...pero doctor, cómo una medicina, un compuesto químico, me va a quitar a mí esta pena tan enorme causada porque mi marido me ha dejado. ¿La pastillita me va a devolver el amor de mi marido?...". Tendremos que estar muy preparados y caldeados con

nuestro paciente, para contarle en un pispás que los sentimientos no van por espacios etéreos, sino que se extienden como mensajes de neurona a neurona gracias a unas sustancias que se llaman neurotransmisores y que sobre éstas actúa el medicamento que queremos prescribirle; y si no entiende esto, se le dice que el medicamento no actúa sobre la causa, pero sí sobre el mecanismo y si tampoco... pues nos las tendremos que seguir ingeniando, pero como salga de la consulta con el ISRS recetado y pensando que no le va a devolver el cariño de su Juan, simple y llanamente no se lo va a tomar y, chanzas aparte, nunca se sabe donde pueden acabar las depresiones. En fin, que puestos así nos encontramos explicando el mecanismo de acción del fármaco y encima para que nos lo entiendan.

La cuestión ahora es que el protagonista paciente que se va sintiendo participativo, puede seguir preguntando y haciendo sugerencias. "Pues digo yo doctor que si este tranquilizante me lo tomo tres veces al día estaré mucho más tranquilo...". Como en este caso es casi seguro que le habríamos mandado una benzodiacepina de vida media larga, nos va a tocar explicar eso, la vida media larga y así nos podríamos ver hablando de farmacocinética o farmacodinámica. ¿Farragoso? No, si hay sencillez. Además suele resultar peor cuando el paciente deja el fármaco por intensa somnolencia, tras haber invadido nuestro rol, al no haber concebido bien el suyo o al no haber recibido una información clara y suficiente para él.

Bien, se supone que ya hemos informado; hay que seguir facilitando al paciente el desarrollo del rol, pero ya tenemos ganado un importante tanto por ciento, porque el paciente ya se va sintiendo protagonista al ver que él es necesario, imprescindible colaborador en el buen resultado de la prescripción. Ahora queda terminar de caldearlo e ilusionarlo en el proyecto de su propia curación o mejoría. La responsabilidad del cumplimiento está ahora en el campo del paciente; tendrá que ser activo y buscarse sus métodos para no olvidar o incluso abandonar el tratamiento indicado. Hay que estimularlo para que se sienta miembro del "equipo": "en la próxima revisión serán los datos que tú me des los que prefigurarán la pauta que seguiremos; si me engañas, te engañas; tenemos que confiar el uno en el otro. Ese es el único camino".

¿Terapéutico?, ¿psicoterapéutico? Como así debería ser siempre, se difuminan las fronteras. Y es que el acto de prescribir un fárma-

co es el ejemplo más vivo, más real, más cotidiano y más cierto del paradigma o enfoque bio-psico-social del enfermar. Lo siento por los fundamentalismos, más o menos interesados, que presumen de científicos y de teóricos y que andan siempre a la greña entre ellos vaya usted a saber por qué profundas o más bien oscuras razones.

IV. UN CASO PRÁCTICO

Ha de servir de ilustración a este enfoque ya desenfadado sin paréntesis alguno.

Francisco M. R. (Paco), 41 años, soltero, natural y vecino de Almería (Andalucía, España). Hace algo más de un año pasa derivado a la URA (Unidad de Rehabilitación de Área) de Salud Mental, con el diagnóstico de Esquizofrenia paranoide crónica de, aproximadamente, quince años de evolución. Reconocida minusvalía, percibe PNC (Pensión no contributiva), faltándole entre quince y dieciséis meses de cotizaciones para haber tenido derecho a percibir una mayor, contributiva. Se encuentra en una especie de régimen de trabajo protegido, en taller de carpintería que antes dependía de la URA (Salud Mental Servicio Andaluz de Salud) y que ahora es regentado por FAISEM (Fundación Andaluza para la Integración Sociolaboral de los Enfermos Mentales); realiza curso financiado por FAISEM, INEM y otros organismos; percibe remuneración dineraria por cada día laborable que trabaja. Su vinculación con la URA es, exclusivamente, la terapéutica con el Psiquiatra de dicha Unidad.

Como tantos y tantos a quienes de jóvenes se les ocurrió delirar más o menos y/o seguir un tiempo alguna conducta no demasiado adecuada, Paco fue mal diagnosticado de Esquizofrenia paranoide. Crónico sí es, pero de otras causas. Cuando el Psiquiatra de la URA lo conoció, tenía un estupendo rendimiento en la carpintería y, precisamente, esto era lo que producía algún mínimo problema muy infrecuentemente; su genio vivo le hacía enfadarse al darse cuenta de que su rendimiento era mucho mayor que el de la casi totalidad de pacientes compañeros de taller. Su único tratamiento consistía en 2 mg diarios de trifluoperazina; o sea, que no necesitaba tratamiento. Como antecedentes destacaban su analfabetismo funcional, la cantidad de años que había trabajado por toda España, sobre todo Cataluña y,

casi siempre en la construcción; el rompimiento total al que en una época, ya pasada, había llegado con respecto a su familia, con la que desde hacía un tiempo había vuelto a convivir y la etapa de vagabundeo, comiendo apenas y con cartón de vino incorporado, que motivó su único ingreso en Unidad Hospitalización de Salud Mental.

Hecha la presentación, vamos ahora a lo que nos interesa más en relación al trabajo que nos ocupa: Paco padece Psoriasis desde preadolescente, al igual que una hermana suya. Ninguno de los dos ha tenido nunca ni una etapa de mejoría. El Psoriasis de Paco invade intensísimamente de rojo, costras y descamación, la totalidad de su cara, brazos, antebrazos, manos; toda la espalda, tórax y abdomen, piernas y pies. Curiosamente va con frecuencia al médico de cabecera para que le recete vaselina salicilada con hidrocortisona que es lo único que se pone del tratamiento del dermatólogo; también, el psiquiatra que lo derivó a la URA lo veía cada dos o tres meses. Pero el Psoriasis seguía a reventar.

Él no es esquizofrénico, pero tiene una inteligencia límite, por lo tanto se considera muy listo y más autosuficiente que Robinsón Crusoe y es tozudo hasta la extenuación y no reconoce que apenas sabe leer, aunque se estrella tarde tras tarde en la Escuela de Adultos de su depauperado barrio. Estaba totalmente convencido de que no había posibilidad de mejoría ni siquiera mínimamente. Se basaba en: su hermana tampoco mejoraba; se había puesto diferentes tratamientos prescritos por dermatólogos y que si quieres; y ya ni los mismos médicos le decían nada al respecto; además, él sabía perfectamente que el Psoriasis es crónico... así que la suerte estaba echada.

Él decía, al principio, que no le importaba, que estaba acostumbrado; en cuanto se pudo escarbar un poquitín, emergió lo esperable: un tremendo complejo, evitación de entrar a sitios públicos, reparos para saludar, para relacionarse en general.

El psiquiatra de la URA se sorprendió mucho cuando, después de tenaz insistencia pues él aburrido ya se resistía, consiguió ver por primera vez el tratamiento del dermatólogo; mejor dicho, "los cartoncillos" de los envases. Era un tratamiento completísimo. No se sorprendió tanto de que el paciente no tuviera ni idea, ni nunca la hubiera tenido de cómo tenía que ponérselo ni para qué valía cada cosa.

Se le volvió a enviar al dermatólogo, esta vez por el psiquiatra de la URA, con detallado informe por escrito de por qué le convenía a

Paco, desde el punto de vista psíquico, mejorar, aunque fuera poco, de su psoriasis. Fue a la consulta de Dermatología acompañado por una Auxiliar de Enfermería de la URA, para que no se perdiera ninguna información. La Auxiliar informó lo siguiente: el dermatólogo había comentado que "es que el psoriasis es así y si no mejora, pues no mejora"; pero en fin, dio por escrito los nombres de dos geles antimicóticos para el pelo, una crema, una pomada, la famosa vaselina salicilada y unas cápsulas para tomar primero tres, luego dos y después una. Cuando el psiquiatra preguntó a la Auxiliar por la manera en que había que ponerse todas esas cosas y cuánto tiempo, respondió que no había habido forma de enterarse: "ahí va puesto y volver... pues según como esté, pero no hace falta porque ya lleva el tratamiento que tiene que ponerse". Por medio de la Supervisora de Enfermería de la URA se consiguió contactar con Dermatología, pero con otro dermatólogo que no conocía el caso, el cual, deduciendo por teléfono y con amabilidad, orientó donde se tenía que poner cada cosa, cuántas veces al día y aproximadamente el tiempo total antes de volver a otra revisión. Ya sólo le quedó al psiquiatra la feroz tarea de convencer al paciente que no importaban lo cientos de tubos que iba a gastar, que él le iría haciendo todas las recetas precisas; eso, y hacerle un cuadro posológico acorde a sus entendederas.

La cosa se complicó a los dos meses, cuando el paciente entró en un estado de franca hipomanía con ideas deliroides de expansión yoica y paranoides en cuanto a que su talentazo era espiado, envidiado y aprovechado por otros (por ejemplo el grupo "Mecano"). No llegó a manía por la buena relación terapéutica ya existente y que se mantuvo y porque el consiguiente tratamiento neuroléptico, normotimizante, ansiolítico e hipnótico obtuvo buena adherencia y se le administró por sistema monodosis preparado por el enfermero de la URA. A señalar que ni hipomaniaco, dejó su tratamiento dermatológico.

En la actualidad, el paciente protagonista está completamente limpio de la psoriasis, salvo un ligerísimo eczema entre las cejas. Dice que la vida así es otra cosa y que cómo convencería a su hermana para que hiciera un tratamiento "bien hecho, como lo he hecho yo". Y aunque tenga menos importancia para nuestra historia, lo de este chico es un Trastorno bipolar tipo I, al que se añade una escasa inteligencia y un medio sociofamiliar muy poco estimulante.

Pero esto ya sería otra historia.

Fabiola Cortés-Funes Urquijo, Almudena Olivares Paret

Unidad de Psico-Oncología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

APLICACIONES DEL PSICODRAMA EN ONCOLOGÍA: ESTUDIO DE CASOS

El trabajo del psicólogo en el **ámbito hospitalario**, con pacientes que tienen una enfermedad física, tiene algunas diferencias con el desarrollo de la profesión en otros ámbitos, por ello ha surgido la psicología de la Salud; dentro de este contexto el trabajo con pacientes oncológicos y sus familias tiene una serie de características que lo diferencian del trabajo con otros pacientes. Lo más destacado es el enfrentamiento con la incertidumbre y con el miedo a la muerte que se hace presente en el momento del diagnóstico y acompaña durante todo el proceso.

El **psicodrama** nos proporciona un contexto de trabajo muy útil para enfrentarnos a los problemas surgidos en este ámbito. Existen muchos aspectos a destacar; la utilización del aquí y ahora como elemento diferenciador de la experiencia del sujeto, la posibilidad de recrear espacios que son desconocidos y que están llenos de miedos, nuevos o antiguos, las intervenciones rápidas que nos ayuden a colocar las cosas en su sitio, con acceso a los sentimientos que lo invaden todo y la inclusión del cuerpo (que en esta ocasión se hace presente sin posibilidad de eludirlo). Todo ello nos plantea una variedad de estrategias aplicables en este campo.

Otro elemento de gran utilidad para nosotros a la hora de enfrentarnos a un paciente es la evaluación a través del **modelo Sistémico de enfermedad** (Rolland, 1997)[1] que nos acerca a los múltiples aspectos a considerar. Este autor con su modelo nos ayuda a enfrentarnos de una manera ordenada a todos los aspectos a tener en cuenta cuando un paciente enferma: componentes del funciona-

[1] Rolland, J.S. (2000). Familias, enfermedad y discapacidad. Barcelona: Gedisa.

miento familiar (momento del ciclo vital familiar, sistema de creencias), fases de la enfermedad (crisis, crónica, terminal) y tipo de enfermedad. Este modelo hace que la Terapia Familiar con pacientes oncológicos tenga un sentido y unos objetivos adecuados al contexto de trabajo. Los objetivos de trabajo con las familias van variando en función del momento; en ocasiones poder reunir a todos para intercambiar la visión, los miedos o la información que cada uno tiene de la situación. Otras veces los problemas de relación anteriores se ven agravados por la enfermedad; aquí la intervención es algo más larga.

La unión del psicodrama con la visión sistémica del problema nos ayuda a trabajar con más seguridad en este campo donde hay que moverse con rapidez y máximo cuidado.

El miedo a la muerte ya mencionado, es uno de los aspectos en los que tenemos que estar continuamente interviniendo, le dedico un epígrafe especial por su frecuencia y la intensidad de las intervenciones. Este probablemente es uno de los momentos más importantes y dónde más podremos ayudar al paciente si aprendemos a estar con él de la manera que más le ayude.[2] En ocasiones este tipo de intervenciones requieren de nosotros una multitud de recursos que al final son muy pocos. La escucha activa y el poder ofrecernos como ser humano para escuchar al otro en este momento tan importante es todo lo que podemos hacer y en ocasiones lo más imprescindible. Es aquí donde el concepto de "Encuentro" se hace más presente, como lo define Moreno[3] *"Encuentro significca más que una vaga relación interpersonal. Significa que dos o más personas se encuentra, pero no solamente para enfrentarlas, sino para vivir y experimentarse mutuamente...En un Encuentro las dos personas están allí, con todas sus fuerzas y sus debilidades, dos actores humanos bullendo de espontaneidad, sólo en parte concientes de sus fines comunes"* (citado por Bustos 8).

Además del enfrentamiento a la muerte, o a la consciencia de la finitud de la vida, al paciente podemos ayudarle a enfrentarse a otras **situaciones temidas** como puede ser la quimioterapia, o el preguntar una información que no sabe si quiere oir, el poder en-

---

[2] Cabodevilla, I. (1998). Vivir y morir conscientemente. Bilbao: Desclee De Brower.

[3] Moreno. J.L. (1967). Psicodrama. Ed. Hormé.

sayar todo esto antes de enfrentarse a ello le ayuda a vivir todos estos momentos con menor grado de ansiedad. El entrenamiento en los diferentes roles por los que va a pasar el paciente, incluso el poder descubrir cuál es "su" rol de paciente diferenciando entre las funciones del rol y las expectativas del mismo va a ser muy útil para todos[4].

El trabajo con el **personal médico** siempre se hace más complicado, tanto por la disponibilidad de tiempo como por las características inherentes a la profesión. El entrenamiento en detección de situaciones susceptibles de derivación al servicio de Psico-Oncología, tanto como el primer abordaje de estas situaciones siempre es muy importante, para ello el entrenamiento a través del rol playing es de suma utilidad. Existen muchas situaciones temidas para este colectivo a las cuales se tienen que enfrentar todos los días: la situación de informar a un paciente es siempre un momento muy difícil y para el cual no están entrenados normalmente. En este punto nos encontramos con el gran tema de la información[5], no nos vamos a extender aquí en este punto ya que requeriría más extensión. Si es importante mencionar que tanto el médico como el paciente (junto con sus familiares y otros profesionales sanitarios) se encuentran en un momento en el que la información que se da, cómo se da y qué se recibe es fuente de muchas angustias: falta de información, información incompleta, conspiración de silencio... y con gran cantidad de afectos fluyendo. El trabajo en este punto va a tener que ser sumamente cuidadoso y claro.

Todas estas intervenciones de las que hemos estado hablando, desde las hechas con el psicodrama como modelo, hasta las basadas en la evaluación a través del modelo Sistémico de enfermedad, o las que se centran en el enfrentamiento a la muerte, o las que simplemente requieren una aclaración acerca de la enfermedad, forman parte del trabajo diario. En ocasiones las intervenciones van a derivar en un contexto terapéutico y en otras las intervenciones serán más del tipo psicoeducativo. Por ello la versatilidad del psicólogo

---

[4] Cortés-Funes, F. (En prensa). Rol playing en oncología. En P. Población (Ed.). Bilbao: Desclée De Brower.

[5] Cortés-Funes Urquijo, F.(1998) La información en Oncología. En Cortés-Funes H., Díaz Rubio E. García-Conde, J., Germà Lluch, J.R., Guillen Porta V., López, J., Moreno, J.A., Pérez Manga, G. (Eds.) Oncología Médica (pp 256-269). Madrid: Nova Sidonia Oncología.

que ocupa este puesto es muy importante, ya que tiene que estar alerta a las demandas de cada momento.

Las intervenciones terapéuticas va a requerir siempre un marco terapéutico de confianza y aceptación para que pueda producirse un cambio, creo que esto queda patente en los casos descritos a continuación donde se puede ver como la intervención llevada a cabo se encuentra dentro de las llamadas psicoterapéuticas.

No vamos a discutir aquí si lo que hemos llevado a cabo es un autodrama (Shutzenberger, 1970)[6], monodrama (Ramirez, 1997)[7], un psicodrama bipersonal (D. Bustos, 1985[8], Cukier, 1992[9]) o un psicodrama individual (T. Herranz, 1999)[10]. Ambos son trabajos de un terapeuta con un solo paciente que asiste a la consulta y como dice Bustos[8] *"el objetivo básico es lograr la integración de un individuo en sus niveles afectivos, corporales, intelectuales y vinculares (social) (...)"*. Consideramos que en muchos casos es el encuadre más indicado, ya hemos indicado como en ocasiones vamos a realizar intervenciones familiares, en otras grupales (grupos de pacientes o familiares) y en otras incluso telefónicas.

En todos estos autores que defienden la posibilidad de realizar psicodrama con una sola persona presente en la terapia, además del terapeuta, podemos observar muchos patrones comunes y muchas individualidades. Todos ellos comparten la creatividad de la utilización de las herramientas tan ricas del psicodrama en un campo de acción muy limitado y más difícil.

CASO 1: Rosa

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Mujer de 58 años, casada, se dedica a sus labores desde que se casó, anteriormente trabajó como secretaria. Nivel socio-cultural me-

---

[6] Schutzenberger, A. (1970). Introducción al psicodrama. Madrid: Aguilar.

[7] Ramirez, J.A. (1997) Psicodrama. Teoría y práctica. Bilbao: Desclée De Brouwer.

[8] Bustos, D. (1985) Nuevos rumbos en psicoterapia psicodramática. Individual, pareja comunidad. Buenos Aires: Ed. Momento.

[9] Cukier, R. (1992). Psicodrama Bipessoal. Sao Paulo: Agora.

[10] Herranz, T. (1999). Psicoterapia Psicodramática individual. Bilbao: Desclée De Brouwer.

dio. Actualmente vive con el marido y un hijo. Realiza las actividades cotidianas con bastante ayuda del marido que esta jubilado.

DATOS MÉDICOS

Diagnosticada de un cáncer de páncreas con metástasis hepáticas. Mal pronósitico a corto plazo. Actualmente en tratamiento con quimioterapia.

- Historia médica personal: diversas cirugías (apendice, mastopatías...). Arritmias. Diabetes.
- Historia médica familiar: padre fallecido de cáncer de pulmón, madre de una larga enfermedad que ella atendió.

Performance estatus (Karnofsky): 60%

DESCRICIÓN DE LA SITUACIÓN

Paciente derivada por su oncólogo con acuerdo de esta por encontrarse con un estado de ánimo depresivo desde que leyó una información negativa en un informe. Además se encuentra con un dolor que no remite desde hace 2 meses. Se presenta muy colaboradora, así como el marido que se encuentra muy dispuesto a ayudar. (Este solo esta presente en la primera sesión).

Dice encontrarse triste desde hace 2 meses, con llanto frecuente y disminución significativa de las actividades diarias, con sentimientos de incompetencia. Duerme mal, pero igual que siempre. No ha perdido el apetito. El diagnostico de la enfermedad lo aceptó bien, pero dice que ahora no podría enfrentarse a una mala noticia. Tiene mucho miedo. La muerte de su padre de un cáncer de pulmón le hacen sospechar que los nuevos dolores sean metástasis.

En las situaciones anteriores de enfermedad (ha tenido numerosas situaciones de operaciones...) era siempre una mujer muy animada, que siempre estaba dando ánimos a los demás pacientes (así la describe el marido). Pero ahora se ha derrumbado y no sabe como salir de este estado. Ahora tiene numerosos miedos que no sabe como enfrentar.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

El sistema de afrontamiento de la paciente se ha visto desbordado y esto ha dado lugar a un cuadro depresivo.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Después de algunas sesiones donde exploramos el genodrama y su situación actual con los problemas de información (saber o no saber) le plantee una dramatización de enfrentamiento con el miedo que llevabamos varios días hablando. La relación terapéutica se había ido consolidando.

Dramatización: enfrentamiento con su MIEDO

Después de un caldeamiento específico le pido que situe el miedo en un lugar concreto de la escena y que lo describa, le pido que cierre los ojos para facilitar el contacto con su mundo interno.

Descripción: *"Como una nube... gris y blanca... con una cara... rosa, está quieta y es muy grande..."* Le cuesta bastante y el ritmo es lento pero con creciente carga emocional. Le pregunto si relaciona este miedo con algún otro momento en que hubiera sentido miedo, ya que el habla se iba haciendo cada vez más infantil y creo que esto remitía a otro momento de su vida. Identifica algunas situaciones en las que ha sentido miedo en la infancia, de situaciones con la madre, esta no le respondía a sus preguntas, hasta que llega a dos intentos de violación que había tenido. De repente relaciona la cara del miedo (cara rosa) con la cara de uno de los chicos que le había intentado violar.

Le propongo un cambio de rol para que desde ahí saque los recursos que ella tiene para luchar contra su miedo y desde ahí refiere *"soy una nube grande, poderosa, puedo hacer daño"* características que como Rosa nunca había manifestado ya que se presenta como débil e indefensa.

Al volver al papel de Rosa le pregunto qué siente ahora frente al miedo y dice *"creo que esta cargado de muchas cosas pero al final es una nube que aunque es grande también se puede esfumar, siento que está dentro mío"*.

En el comentario comenta que ha querido ponerla lejos pero que en realidad esta más cerca de lo que ella quisiera, y que no se había

acordado del episodio de la violación hace tiempo y que ahora se siente más liberada.

Concluimos con la intención de buscar juntas las herramientas que ella tiene para luchar contra ese miedo. A la salida de esta sesión se le ve bastante contenta y con ganas de volver.

A la siguiente sesión viene con muchos temas familiares.

La situación de enfrentarse a una enfermedad bastante agresiva le lleva a situaciones de indefensión vividas anteriormente lo que le provoca un estado de desánimo y depresión.

El poder ir análizando estas situaciones y poder tratarlas en un contexto protegido le puede llevar a ir aprendiendo otras formas de enfrentarse a la situación actual y a las posteriores. Seguramente la enfermedad progresará.

CASO 2: Francisco

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Varón de 25 años de edad, soltero, licenciado en sociología, hasta el día del ingreso en activo en una empresa de informática. Es el tercero de cuatro hermanos, vive con su familia de origen junto con su hermano menor. Los padres le acompañan en todo momento mostrándose muy preocupados por la enfermedad de su hijo y colaborando activamente con el equipo médico. Ambos progenitores trabajan por lo que se turnan en el hospital. Cuenta con apoyos de amigos íntimos y otros familiares.

DATOS MÉDICOS

Ingreso de urgencia en el hospital de zona donde tras diversas pruebas le remiten al Hospital 12 de Octubre, permanece ingresado en la planta de Oncología. Se diagnostica un Cáncer germinal en un testículo, afectación a las glándulas suprarrenales y nódulos en un pulmón. Se inicia el primer ciclo de quimioterapia. Se produce una alteración grave por hemorragia en las suprarrenales por lo que se le tiene inmovilizado durante unos días. La evolución es favorable. El paciente está informado de su diagnóstico, es colabora-

dor y no presenta ninguna disfunción en su capacidad funcional; manifiesta un alto grado de ansiedad producida por el impacto de la enfermedad.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

El paciente no presenta alteraciones mnésicas, desorientación, falta de concentración o dificultades motoras. Aparece sintomatología física derivada del tratamiento con quimioterapia (falta de apetito y cansancio generalizado principalmente), y poco después dolores fuertes debidas a la complicación surgida en las glándulas suprarrenales, actualmente bajo control. Anímicamente se muestra preocupado, con ganas de volver a casa y "olvidar esta pesadilla", aún así dice no perder la esperanza.

Las relaciones con el equipo médico son muy buenas, colaborando en todo lo que se le pide. El apoyo familiar es constante, cuenta con el apoyo de numerosos familiares y amigos, pero prefiere no recibir muchas visitas de estos últimos hasta no ver cómo va evolucionando. La familia se muestra abierta y muy colaboradora, preocupados y a la vez con esperanza en la medicina y los tratamientos médicos. Todos ellos informados del diagnóstico y tratamiento. El paciente se muestra adaptado a la evolución del desarrollo de su enfermedad afrontándola de forma activa. Se muestra abierto al apoyo psicológico que pudiera necesitar a lo largo del periodo de permanencia en la planta.

DIAGNÓSTICO

El paciente manifiesta algunos síntomas característicos de estados de ansiedad, tales como nerviosismo, inquietud, preocupación y dificultad para conciliar el sueño, junto con los síntomas derivados de la medicación con quimioterapia. Iniciamos seguimiento durante el ingreso y valoramos la evolución de su estado psicológico.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

MONODRAMA CON LA ENFERMEDAD

Al inicio de esta 5.ª sesión, Francisco se encuentra desanimado por no sentirse físicamente mejor y hacerse larga la espera de algunas pruebas relevantes para determinar la evolución del tumor. Así mismo, se van acentuando los efectos secundarios de la quimioterapia.

Tras un caldeamiento inicial donde describe los síntomas que le generan más molestia y cómo se encuentra frente a ellos, decidimos trabajar con la *silla vacía* y establecer un *diálogo con la enfermedad*:

P: *"Creo que llegaste de improviso y me planteas un camino muy largo y fatigoso, de momento siento que has desbaratado mi vida y aunque me gustaría intentar hacer algún plan para mi recuperación, todavía no puedo pensar en ella, la veo muy lejos... "*

P: *"Creo que mi cáncer es mío, no puedo compararte con el de otras personas, ni con experiencias previas porque ninguna ha sido tan grave como tú... esto me hace sentir un poco desorientado, luchando con los médicos en todo lo que me dicen, pero al tiempo con cierta indefensión por no poder controlar el curso que sigues..."*

Propongo una **postura corporal**, o escultura, que represente cómo se siente frente a la enfermedad; se coloca encogido con las piernas juntas como atadas, y las manos hacia delante en actitud de ayuda.

T: "¿Qué expresa tu cuerpo?"

P: *"Pide ayuda y está dispuesto a colaborar en todo cuanto sea necesario, mi cuerpo se siente magullado, lleno de pinchazos y marcas de muchas pruebas médicas, está delgado porque últimamente vomita mucho, lo cual hace que esté con pocas fuerzas...también algo asustado por todo esto ya que ha sido en poco tiempo..."*

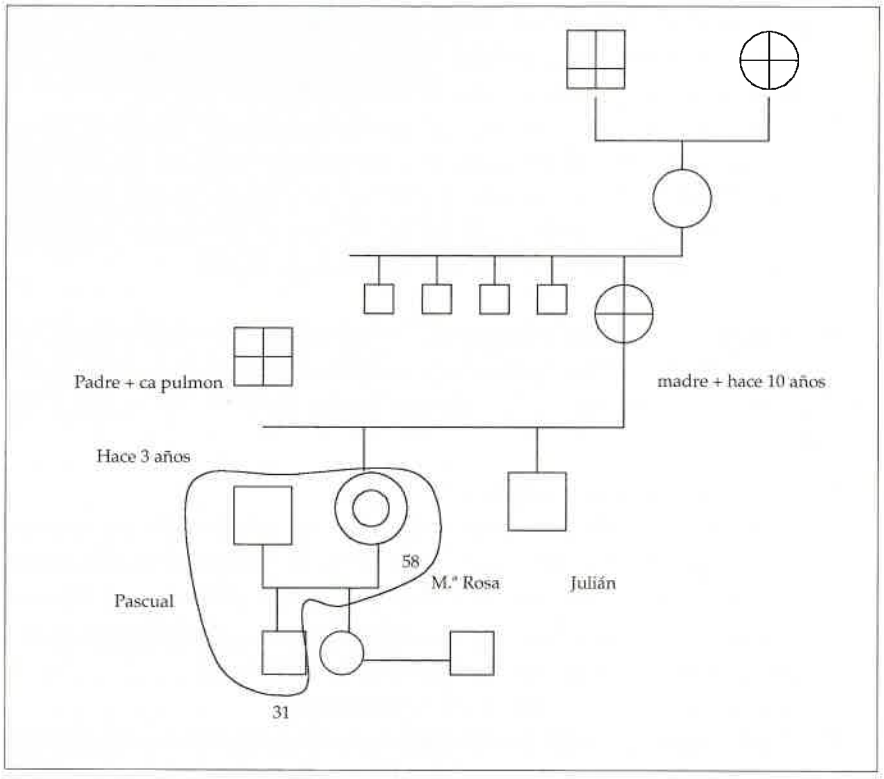
T: "¿Qué podría ayudarle a sentirse mejor"

P: *"Poder soportar mejor las molestias, poder ir pronto a casa, dormir bien, no preocupar tanto a mi familia, seguir sintiéndoles cerca, las visitas de mis amigos y planear con ellos alguna actividad que pudiera hacer cuando me den el alta.... pensar que todo esto se pasará pronto y me recuperaré aunque de momento tenga que tener un poco de paciencia".*

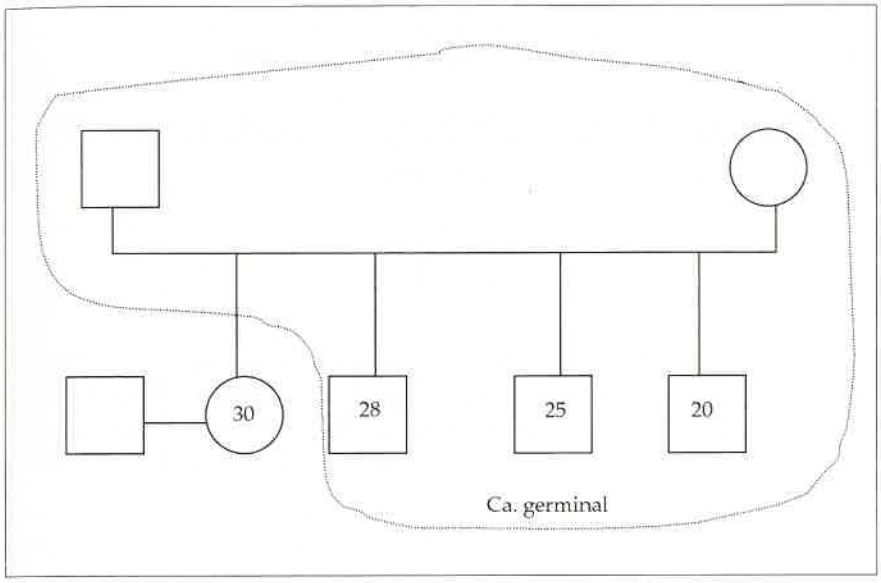
Va modificando su postura corporal, ahora está menos encogido, tiene un brazo alrededor de él y otro extendido hacia los demás, está sentado en una postura más relajada.

Terminamos la sesión, manifiesta encontrarse con más ánimo que al principio y también más relajado. Seguimos trabajando durante toda su estancia de ingreso en la planta y con seguimientos periódicos en el hospital de día, donde acude regularmente a tratamiento.

GENOGRAMA DE ROSA



GENOGRAMA DE FRANCISCO



LUIS FERRER I BALSEBRE D. M.

Jefe de Servicio de Psiquiatría.
Hospital "Juan Canalejo". Oza. La Coruña

¿QUÉ SIENTES?: PSICODRAMA, SENTIMIENTOS Y EMOCIONES

RESUMEN: Se pretende divulgar el estado de comprensión actual acerca de los mecanismos neurofisiológicos implicados en la emoción y los sentimentos planteados por Joseph Ledoux, con una reflexión paralela de su interés para el psicodrama y los psicodramatistas.

* * *

> "... En castellano, a la ciencia de las enfermedades la llaman ciencia de los sentimientos: patología."
>
> J.A. Marina

Es probablemente una de las preguntas más frecuentes en el trabajo psicodramático, casi una coletilla en psicoterapia: ¿Qué sientes, cómo te sientes...? Parece sencillo, una información limpia y fidedigna de lo que pasa por nuestra mente en una escena o una dramatización pero en realidad, hablar de sentimientos y emociones hoy, a la luz de los avances evidenciados en la comprensión del funcionamiento cerebral, es algo más complicado de lo que parece o puede que menos.

En primer lugar, lo que nombramos como sentimientos: amor, ternura, odio, rabia, pena, culpa etc... no tienen el mismo signigicado en todas las culturas, algunas culturas carecen de significante para ellos y, por tanto, carecen de ése sentimiento. Los senimientos, por tanto, son "sentidos" una vez que se nombran y consensuan por el sistema social y cultural de pertenencia. Por otro lado, hasta hace escasos años poco o nada conocíamos acerca del sustrato, neurofisiológico de los sentimientos y las emociones. Las viejas funciones

"superiores" como la percepción, la memoria o la emoción son constructos útiles para la investigación, pero no se corresponden con las funciones reales del cerebro.

La presente comunicación no es más que un conjunto de asociaciones e ideas provocadas por la lectura de un texto que considero de lectura sino obligada, sí recomendable: El Cerebro Emocional de Joseph Ledoux (Ed. Ariel/Planeta) con la intención de aportar la comprensión que desde la neurofisiología se tiene actualmente sobre las emociones y los sentimientos. Obviaré por tanto la constante referencia al texto y autor referido, pero quiero declarar de antemano el contrabando de saber de las ideas y parrafos que a continuación desarrollo.

Vemos algunas afirmaciones acerca del tema:

- Las emociones conscientes sólo se dan en un ser capaz de tener conciencia de sí mismo, pero los mecanismos cerebrales que activan determinadas conductas actúan de igual forma aunque no se sea consciente de ellos. Las conductas defensivas funcionan igual se sea consciente de ellas o no, la diferencia está en que cuando se dan en un cerebro consciente se acompañan de emociones como el miedo.
- Las respuestas emocionales se generan de forma inconsciente.
- Los sentimientos conscientes como el miedo, el enfado, la felicidad o el rechazo, en cierto sentido no son diferentes de otros estados de conciencia tales como la percepción de que el objeto redondo y rojo que tenemos delante es una manzana. Los estados de consciencia ocurren cuando el mecanismo responsable del conocimiento consciente se percata de la actividad que está teniendo lugar en los mecanismos de procesamiento inconsciente.
- Las emociones son algo que nos sucede sin que lo planeemos.
- Cuando buscamos situaciones que nos provocan estados emocionales determinados como ir al cine, la montaña rusa, comer, beber o consumir drogas, lo que estamos haciendo es buscar estímulos que pongan en marcha las emociones. Tenemos poco control sobre nuestras reacciones emocionales. Esto es así porque en este momento de nuestra historia evolutiva las conexiones que comunican los mecanismos emocionales con los cognitivos son más fuertes que las que comunican los mecanismos cognitivos con los emocionales.

- Puesto que somos seres emocionales, pensamos en las emociones y los sentimientos como experiencias conscientes. Pero el estudio de las emociones en el cerebro muestra que las experiencias emocionales conscientes son sólo una parte, sólo una parte, y no siempre la más relevante, de los mecanismos que las generan. Esto no quiere decir que nuestros sentimientos sean menos reales; significa que, para entender de dónde vienen nuestras experiencias emocionales, tenemos que cambiar nuestro enfoque sobre ellas. Para una persona enamorada lo único que importa es el sentimiento amoroso. Pero si tratamos de entender lo que es un sentimiento, por qué ocurre, de dónde viene, y por qué algunas personas lo expresan o reaccionan a él más que otras, seguramente encontraremos otras explicaciones que no tienen mucho que ver con el sentimiento amoroso en sí mismo.

En 1884 William James publicó un artículo titulado "What is emotion?" en la revista filosófica Mind. James se preguntaba: ¿escapamos de un oso porque tenemos miedo o tenemos miedo poque escapamos al ver al oso? Propuso que la respuesta correcta era la menos obvia: tenemos miedo porque escapamos.

Para James, las respuestas físicas que acompañan a una emoción como taquicardia, sudoración, tensión muscular etc... son tan perceptibles como lo que ocurre fuera de nuestro cuerpo. Para James las emociones se sienten de forma diferente de otros estados de la mente, porque se acompañan de ésas respuestas físicas que dan lugar a sensaciones internas y, a su vez, las sentimos diferentes entre sí porque van acompañadas de respuestas y sensaciones físicas distintas. En cada caso, las respuestas fisiológicas regresan al cerebro en forma de sensaciones físicas, y el singular patrón de feedback sensorial da a cada emoción su caracter único. El miedo no se siente igual que la rabia o el amor porque tiene un sello fisiológico diferente. El aspecto mental de la emoción, que es el sentimiento, es esclavo de su fisiología y no al contrario. **Algo que desde el psicodrama se lleva evidenciando de manera clara y que resalta la importancia de los activadores físicos en el trabajo psicodramático...** No temblamos porque tengamos miedo o lloramos por sentirnos tristes: sentimos miedo porque temblamos y estamos tristes porque lloramos.

La teoría de James imperó hasta mediados del s. XX hasta que Walter Cannon, destacado neurofisiólogo, planteó que las respuestas fisiológicas que acompañan a las emociones distintas deberían ser las mismas, sin tomar en consideración el estado emocional particular que se experimenta. Concluyó que James no podía estar en lo correcto acerca de la causa por la que distintas emociones se sienten de forma diferente, ya que todas las emociones tienen el mismo sello del S.N.A. Cannon observó que las respuestas del sistema nervioso autónomo son demasiado lentas para dar cuenta de los sentimientos: ya estamos sintiendo la emoción cuando estas respuestas comienzan a ocurrir. Por tanto, aunque emociones diferentes tuvieran distintas reacciones físicas, éstas serían demasiado lentas para ser capaces de provocar sentimientos de amor, odio, temor, alegría etc... que experimentamos ante una situación determinada. Según Cannon la respuesta al enigma de las emociones está enteramente en el cerebro y no precisa que éste "lea" la respuesta física, como afirmaba James.

A principios de los setenta S. Schachter y J. Singer psicologos sociales de la U. de Columbia, revitalizaron el tema de la procedencia de los sentimientos y plantearon una solución diferente a las propuestas por James y Cannon. Estaban de acuerdo en que las respuestas físicas eran determinantes en el origen de las experiencias emocionales, pero no exactamente en la forma que planteaba James, ni con la inespecificidad que proponía Cannon. Ellos plantearon desde su posición cognitivista, que las cogniciones o pensamientos llenaban el vacío entre la ausencia de especificidad del feddback y la especificidad de las experiencias sentidas. En otras palabras, los sentimientos emocionales surgen cuando nos explicamos a nosotros mismos los estados físicos emocionales ambiguos, partiendo de explicaciones cognitivas, denominadas atribuciones, sobre cúales podrían ser las causas externas e internas de estos estados de ánimo. **Dejo al lector psicodramatista las consecuencias que de estas afirmaciones pueda extraer.**

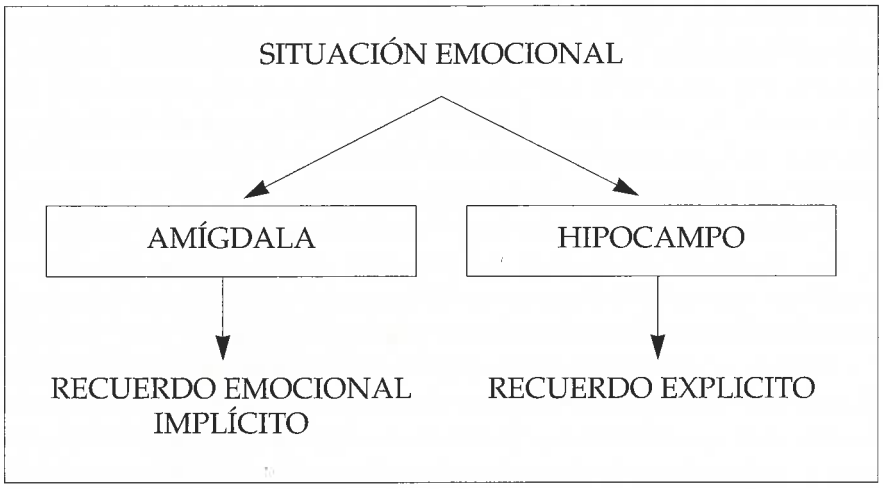
En esta misma linea, otro psicólogo, Valins afirmó que es la representación cognitiva de la activación fisiológica, y no la activación misma, la que interactúa con los pensamientos sobre la situación para la generación de sentimientos.

Los experimentos de Lazarus demostraron claramente que las interpretaciones de las situaciones influyen decisivamente en la emo-

ción experimentada. Concluyó que las emociones pueden iniciarse automáticamente (inconscientemente) o conscientemente, pero resaltó la importancia de los procesos de pensamiento superiores y de la consciencia, sobre todo al hacer frente a las reacciones emocionales una vez que éstas se producen. Resumió: "La cognición es condición necesaria y suficiente para la emoción".

Podemos distinguir entre una "Memoria emocional": el recuerdo implícito condicionado por una emoción; y la memoria declarativa explícita que es el "recuerdo de la emoción". La primera funciona en redes neuronales inconscientes y la segunda no.

Veámos como se crean los recuerdos en una situación emocional siguiendo el ejemplo de Ledoux: Supongamos que estamos conduciendo por una carretera y tenemos un accidente terrible. El claxon queda enganchado y sigue sonando. Hemos sufrido heridas y salimos relativamente traumatizados de la experiencia. Posteriormente cuando oímos el claxon, los mecanismos de memoria explícita e implícita se activan. El sonido del claxon, o su representación neuronal, que se ha convertido en estímulo condicionado de miedo, va directamente desde el sistema auditivo hasta el núcleo amigdalino e implícitamente provoca las respuestas físicas que suelen producirse en situaciones de peligro: tensión muscular (vestigio de inmovilidad), cambios en la presión sanguinea y en el ritmo cardíaco, respiración acelerada etc... El sonido también viaja por la corteza hasta el mecanismo de memoria del lóbulo temporal, donde se activan los recuerdos declarativos explícitos y evocamos el accidente. Recordamos conscientemente adónde nos dirigíamos y con quien estábamos. También recordamos lo horrible que fue. Sin embargo, en el mecanismo de memoria declarativa no hay diferencia alguna entre el hecho de que estuviéramos con fulanito y el hecho de que el accidente fuera espantoso. Ambas circunstancias son simplemente hechos de la experiencia, frases que se pueden expresar verbalmente. El hecho particular de que el accidente fuera horrible no es un recuerdo emocional. Depende del mecanismo de memoria emocional, como el mecanismo de memoria del miedo implícito en el que participa fundamentalmente el núcleo amigdalino. **Algo de esto ocurre cuando formulamos nuestra pregunta ¿Qué sientes? y el paciente responde.**



Mecanismos cerebrales del recuerdo emocional y del recuerdo de la emoción. (Tomado del cerebro emocional del J. Ledoux).

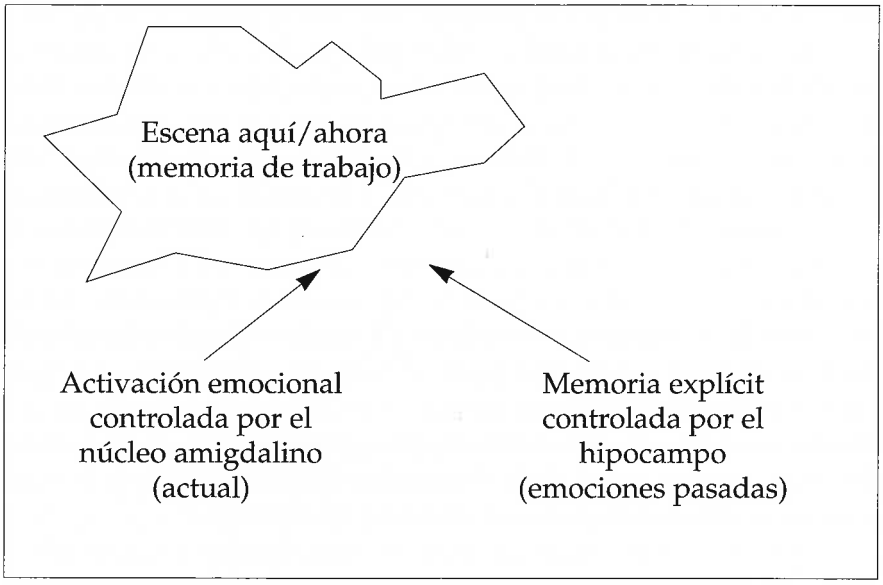
Actualmente se cree en general que el cerebro contiene una variedad de mecanismos de memoria diferentes. El recuerdo explícito, declarativo o consciente depende del hipocampo y las zonas corticales relacionadas, mientras que las numerosas formas que adopta el recuerdo implícito inconsciente están bajo el control de mecanismos diferentes. Los mecanismos de memoria implícita dependen mayoritariamente del núcleo amigdalino cerebral y zonas relacionadas. En situaciones traumáticas, los mecanismos implícitos y explícitos funcionan a la vez. Posteriormente, si estamos expuestos a los estímulos que estaban presentes en el momento del trauma, lo más probable es que ambos mecanismos se vuelvan a activar. A través del hipocampo recordaremos con quién estábamos y que estábamos haciendo en aquel momento y también recordaremos en forma de hecho puro y frío que la situación fue espantosa. A través del núcleo amigdalino, los estímulos provocarán la tensión muscular, la arterial, el ritmo cardíaco, la secrección de determinadas hormonas entre otras respuestas físicas y cerebrales. Son pues dos funciones de memoria diferentes aunque normalmente vayan juntas.

A pesar de todo, existe un lugar en que los recuerdos explícitos de las experiencias emocionales y los recuerdos emocionales implí-

citos se encuentran: es en la llamada memoria de trabajo y en su creación de la experiencia consciente inmediata. El sonido del claxon a través del mecanismo de la memoria implícita, abre los canales de la activación emocional y pone en marcha todas las respuestas físicas asociadas al miedo y a la defensa. El hecho de estar "activado" forma parte de la experiencia inmediata, y se asocia en la consciencia con el recuerdo explícito del accidente. Sin la activación emocional provocada por el mecanismo implícito, el recuerdo consciente no tendría valor emocional. Pero la representación conjunta en la consciencia del recuerdo consciente y la activación emocional presente le dan un valor emocional al recuerdo consciente. **Lo que vuelve a llamarnos la atención acerca de la importancia de los activadores corporales en el trabajo psicodramático, tanto en la fase de caldeamiento como en la dramatización cuando lo que buscamos en la reviviscencia de un recuerdo emocional.**

En realidad, estos dos sucesos, el recuerdo pasado y la activación presente, se fusionan plenamente como una experiencia consciente unificada en el momento. Esta experiencia combinada del recuerdo pasado y la activación puede convertirse luego en un nuevo recuerdo explícito a largo plazo, que incluye el hecho de como reaccionamos emocionalmente la última vez que recordamos el accidente. **Lo que presenta especial interés a la hora de comprender los mecanismos neurofisiológicos que se estan poniendo en juego cuando se produce una reestructuración terapeútico o una catarsis de integración.** En este caso el recuerdo del accidente no lleva a la activación emocional, sino que la activación emocional implícita dio un colorido emocional al recuerdo explícito.

Sin embargo, sabemos que los recuerdos conscientes pueden ponernos tensos y provocar ansiedad, y también precisamos explicar este hecho. Basta con una serie de conexiones entre el mecanismo de memoria explícito y el núcleo amigdalino para que esto ocurra. De hecho existen abundantes conexiones entre el hipocampo y las zonas de transición, así como entre otras zonas de la corteza y el núcleo amigdalino.



Intersección de la memoria explícita y la activación emocional en la experienca consciente inmediata. (Tomado de J. Ledoux).

El resultado de la actividad del mecanismo de memoria explícita del hipocampo es el conocimiento consciente de conocimiento o experiencias personales almacenados. El resultado de la actividad del núcleo amigdalino es la expresión de respuestas emocionales de defensa. No obstante llegamos a ser conscientes del hecho de que estamos estimulados emocionalmente lo que nos permite unir en la conciencia recuerdos explícitos de situaciones pasadas con la activación emocional inmediata. De este modo los recuerdos explícitos nuevos que se crean acerca de recuerdos pasados también pueden adquirir un colorido emocional.

Las respuestas iniciales provocadas por estímulos significativos son automáticas y no precisan del conocimiento consciente del estímulo ni del control consciente de las respuestas.

Sin embargo, las respuestas del organismo no constituyen la base de una emoción. Ocurren mientras la emoción tiene lugar, pero la emoción es algo más, tiene algo más. Una emoción es un experiencia subjetiva, un arrebato apasionado de consciencia, un sentimiento.

Para Ledoux la naturaleza de los sentimiento emocionales es increíblemente sencilla. Afirma que el sentimiento surge cuando nos damos cuenta consciente de que un mecanismo emocional cerebral está activo. Cualquier organismo que tenga consciencia tiene sentimientos, pero los sentimientos de un cerebro que puede clasificar el mundo lingüísticamente y expresar las experiencias con palabras serán diferentes de los de un cerebro que no tiene esta capacidad. La diferencia entre el miedo, la ansiedad, el terror, la aprensión y las emociones parecidas no se percibirán sin el lenguaje. Al mismo tiempo, ninguna de estas palabras tendría sentido si no fuera por la existencia de un mecanismo subyacente de emociones que genera los estados cerebrales y expresiones físicas que estas palabras definen. Las emociones no evolucionaron como sentimientos conscientes, diferenciadas lingüísticamente o de otro modo, sino como estados cerebrales y respuestas físicas. Los estados cerebrales y respuestas físicas son los hechos fundamentales de una emoción, y los sentimientos conscientes son el ornamento que recubre sólidamente las emociones. **De aquí la importancia de trabajar con cuerpo y lenguaje simultáneamente cuando estamos buscando, analizando o generando emociones o sentimientos, algo fundamental en cualquier trabajo psicoterapéutico.**

Durante las reacciones emocionales, el feed-back físico tiene muchísimas oportunidades para influir en el procesamiento de la información que realiza el cerebro y el modo en que sentimos conscientemente. James postuló la teoría del feed-back al afirmar que estamos tristes porque lloramos y no al revés. Cannon criticó esta teoría y afirmó que el feed-back, sobre todo el visceral, es demasiado lento y demasiado poco diferenciado para determinar qué emoción estamos sintiendo en ése momento. En la época de Cannon se creía que los sistemas viscerales respondían por igual en todas las situaciones. Ahora sabemos que el SNA que controla las visceras, tiene la capacidad para responder selectivamente, de forma que los órganos internos pueden activarse de formas diferentes en situaciones distintas. Experimentos recientes demuestran que, hasta cierto punto, se pueden distinguir las diferentes emociones por las distintas respuestas que produce el SNA.

Con independencia de su naturaleza específica, las respuestas viscerales actúan relativamente despacio, y son demasiado lentas

para que puedan constituir el factor que determina qué emoción estamos experimentando en un momento dado. Las señales tendrán al menos, un segundo o dos en desplazarse desde el cerebro hasta las visceras y regresar al cerebro, después de que las visceras respondasn y creen las señales de respuestas. Lo más lento no es tanto el viaje de ida como el de vuelta.

Por otra parte los estados emocionales son dinámicos, por ejemplo el miedo puede convertirse en cólera, en asco o en alivio a medida que un episodio emocional se desarrolla, y es posible que el feed-back visceral participe en estos cambios emocionales con el paso del tiempo.

Williams James afirmó que era imposible imaginar que una experiencia emocional ocurriera sin las respuestas físicas que la acompañan: no creía en las emociones independientes del cuerpo. Estamos de acuerdo con él por varios motivos: En primer lugar, las experiencias personales y del quehacer psicodramático parecen indicar que las emociones funcionan así. Solemos sentir las emociones en el cuerpo por lo que decimos expresiones como "se me parte el corazón" o "se me revuelven las tripas". En segundo lugar, durante la manifestación de las respuestas emocionales hay bastante feedback, y gran parte de éste es lo suficientemente rápido y específico para desempeñar una función en las experiencias subjetivas. En tercer lugar, se ha demostrado por P. Ekman y R. Zajonc que en realidad se utiliza el feed-back: hicieron que los sujetos de experimentación movieran ciertos músculos faciales. Sin que los sujetos lo supieran, les hacían producir expresiones faciales características de diversas emociones. Después, tenían que contestar algunas preguntas sobre su estado de ánimo. Resultó que el estado de ánimo en el que se encontraban dependía bastante de si habían manifestado expresiones emocionales positivas o negativas. Poner una cara alegre puede no ser mala idea cuando estamos tristes (al mal tiempo buena cara). **Reconstruir una escena, explorar nuevas salidas o hacer una escultura de deseo puede resultar determinante a la hora de cambiar o matizar un determinado contenido emocional.**

Los mecanismos emocionales evolucionaron como un medio para hacer coincidir las respuestas físicas con las necesidades del ambiente, y no veo que haya muchas maneras en que pueda existir un sentimiento emocional pleno sin un cuerpo conectado a un cerebro que intenta producir ese sentimiento.

Sin embargo, cabe mencionar una de ellas, que tiene que ver con lo que Damasio llama espirales "como sí". En ciertas situaciones quizá sea posible imaginar cómo se sentiría determinado feed-back físico si este ocurriera. (Algo habitual en el trabajo psicodramático) Este feed-back "como sí" llega entonces a representarse cognitivamente en la memoria de trabajo y puede influir en las sensaciones y en las decisiones. Obviamente ésto solo puede existir en un cerebro que haya experimentado el feed-back real muchas veces, de forma que pudiera imaginarse el modo en que el feed-back se siente y funciona y que pudiera usarlo para influir verdaderamente en las experiencias subjetivas. Este hecho confirma las sensaciones emocionales, mas que ponerla en duda.

Finalizando, los ingredientes de un sentimiento emocional son básicamente: En primer lugar un mecanismo especializado de la emoción que recibe la información sensorial y produce respuestas de conducta, del SNA y hormonales. En segundo lugar, bancos sensoriales corticales de memoria intermedia que retienen la información sobre los estímulos presentes e inmediatos. En tercer lugar, unas funciones ejecutoras de la memoria a corto plazo, recuperan información de la memoria a largo plazo, e interpretan el contenido de los bancos de memoria a corto plazo según los recuerdos activados a largo plazo. A ello se agrega la activación cortical y, por último, el feed-back físico, es decir la información somática y visceral que regresa al cerebro durante el acto de respuesta emocional. Cuando todos estos mecanismos funcionan a la vez la experiencia emocional consciente es inevitable. Cuando algunos elementos estén presentes y otros no, puede que aún así se produzcan experiencia emocionales, dependiendo de qué elementos estén presentes y cuales no. Fundamentalmente, en nuestro campo, no es posible tener una experiencia emocional sin feed-back corporal o, al menos, sin recuerdos a largo plazo que permitan la creación del feed-back "como sí". De todas formas el feed-back del "como sí" tiene que aprenderse por el feed-back de la vida real. El cuerpo es fundamental para la experiencia emocional, o bien porque proporciona las sensaciones que hacen que una emoción se sienta de un modo determinado en ese momento, o bien porque antes proporcionó las sensaciones que crearon los recuerdos sobre el modo en que se sintieron las emociones específicas.

CAPÍTULO 2

PSICODRAMA, SEXUALIDAD Y PAREJA

Dr. José Díaz Morfa

Psiquiatra-Psicoterapeuta
Presidente A.E.S.C.

TERAPIA BREVE DE GRUPO CON PAREJAS

INTRODUCCIÓN

En las parejas, con frecuencia, encontramos una secuencia de conductas y comunicaciones conflictivas, lo que podríamos llamar "discusiones". A través de estas, se manifiestan conflictos inconscientes de cada uno de los compañeros, en la relación. Realmente, este tipo de secuencias de las discusiones, se repiten cientos de veces, durante la vida de una pareja.

Generalmente, uno puede pedirle a las parejas que describan cómo son sus discusiones, las pautas, quién la inicia, respecto a qué tema o temas, con qué tono, como continua el otro, como terminan, etc. Comprobamos que ellos pueden describir con todo lujo de detalles cómo son sus discusiones, a la vez que se dan cuenta, que les es imposible modificarlas, debido a la carga de ansiedad y de defensas que hay en ellas.

En la terapia de grupo, donde pueden estar cuatro parejas, debemos empezar comprendiendo cuales son las secuencias de interacciones conflictivas –discusiones– de las diferentes parejas. Partiendo del concepto de identificación proyectiva (Melanie Klein), podemos comprender cómo los compañeros son atraídos el uno por el otro, en parte, debido a que cada uno de ellos, es el recipiente de las proyecciones inconscientes del otro. Por ejemplo, el caso de un hombre, huérfano de madre, que creció con un padre taciturno, que aunque con mucha capacidad intelectual, se desarrolló sintiéndose torpe y tímido, cargando con las convicciones de su padre, de vergüenza e

inferioridad. Protegiéndose a sí mismo contra estos afectos dolorosos, el chico creció siendo cauteloso, y como su padre, crítico hacia el comportamiento de los demás, particularmente con aquellos de los que se sentía dependiente. Se casó con una mujer brillante, tímida, que había sido continuamente criticada por su madre, por el "defecto" de no poder alcanzar el nivel intelectual de su hermana.

El marido no pudo poner de manifiesto y apoyar los logros de su esposa, sino más bien destacar sus comportamientos "incompetentes". Ella no era eficiente en la cocina o no cuidaba bien a los niños.

La mujer recibió y aceptó estas atribuciones. Ella había proyectado en su marido la imagen objetal de su madre insatisfecha, y él incorporó esto inconscientemente. Es decir, la pareja compartía el mismo conflicto, sobre la competencia, pero parecían manifestar roles opuestos sobre el mismo tema. Ella aparentemente era torpe e inepta, y él racional y habilidoso. Surge la colusión, donde hay un mismo conflicto común, sólo que se manifiesta defensivamente a través de conductas opuestas (Willi, 1978).

La discusión surge cuando el marido, debido por ejemplo, al estrés en el trabajo, niega su dependencia y aumenta sus proyecciones de incompetencia sobre su mujer. Ella se siente entonces completamente devaluada, como se sentía de niña, esto no puede soportarlo más y contraataca a su marido-madre. La discusión entonces, (podemos así entenderla) representa un intento de los compañeros para no identificarse durante más tiempo con estos papeles, –aunque sin darse cuenta lo repiten– rechazando las proyecciones del otro, y estableciendo una identidad más realista en la relación.

Lo que ocurre es que las proyecciones del compañero activan realmente escisiones de uno mismo negativas, largamente sostenidas. De modo, que cada uno de los compañeros inconscientemente está en parte convencido de la validez de la acusación del compañero, que se vive como vergonzosa. En la discusión, ellos se revelan contra las proyecciones del compañero, en un intento de no confirmar la idea patológica que tienen sobre si mismos y que el otro les refleja. Ellos están intentando moverse hacia la parte sana de la relación, pero no se sienten seguros de si es esa la dirección correcta o si es el modelo adecuado.

En general, las parejas no son conscientes de las raíces inconscientes de sus conflictos y de sus discusiones. Ellos son conscientes

de algunos de sus sentimientos, como el miedo, la rabia, el desconcierto o la confusión.

En sus intentos por ganar las discusiones, ellos quieren mostrarse inocentes ante el compañero o buscan alguna fórmula para resolver la discusión, que realmente les conduce a la frustración. Lo que da lugar a que tiendan al aislamiento, a sentirse culpables, impotentes, confusos o agresivos. Según este patrón se repite, se sienten desanimados, cansados y desesperados o llenos de rencor.

Hay diferentes caminos u opciones para ayudar a estas parejas enfrentadas, desanimadas o abatidas. En el contexto que ahora nos ocupa en la terapia breve de grupo con parejas, creo que el psicoterapeuta debe de plantearse dos conceptos básicos:

1. Los compañeros tienen que comprender la conexión entre el presente y su situación de pareja actual y su pasado y sus relaciones con figuras parentales. Por ejemplo, la mujer del caso anterior, tendría que comprender el paralelismo entre su situación con su marido crítico y con su madre crítica.
2. Cada miembro de la pareja necesita descubrir y admitir los sentimientos conflictuados inconscientes que provienen de los problemas no resueltos en las familias de origen y que ahora se ponen de manifiesto en la relación de pareja (Díaz Morfa, J., 1998). El marido debe empezar a sentir su dependencia y su miedo a la incompetencia. No debería durante más tiempo proyectar sus conflictos en la esposa para que ella los realice. Si el paralelismo entre el pasado y el presente puede ser significativamente establecido, y si los sentimientos y afectos reprimidos pueden ser traídos a la consciencia, cada uno de los compañeros necesitará proyectar menos, y reaccionar menos y comportarse menos en función de las proyecciones del otro.

La secuencia de la comunicación conflictiva, es decir, la discusión, será el punto de partida de la sesión psicoterapéutica, pero ¿cómo comprender más profundamente esta discusión? Podemos centrarnos en tres aspectos, viendo la acción entre tres puntos fundamentales en la terapia de pareja en grupo:

1. La discusión.
2. Los problemas no resueltos de la familia de origen.
3. Los rasgos del carácter.

Es adecuado centrarse en estos tres aspectos durante las primeras fases de la terapia de grupo, que además implica el intentar que el individuo y la pareja, puedan relacionar aspectos y situaciones del presente con su pasado, así como con rasgos de su carácter y sus mecanismos de defensa.

Los triángulos del conflicto (Figura 1) muestra en esquema como la pareja se queda fijada, cuando importantes conflictos encubiertos son suprimidos debido a la ansiedad (con frecuencia, la agresividad), y porqué las parejas se mueven hacia una solución sin salida, defensiva, como puede ser la identificación proyectiva, como un intento para manejar y estabilizar su mundo interno angustioso y sus relaciones externas.

Es importante sacar a la pareja de esta solución excluyente, sin salida. La pareja tiene que identificar y soportar cierto grado de ansiedad, para que de este modo pueda abandonar estas soluciones defensivas y puedan comprender emocionalmente los sentimientos ocultos que están detrás de este conflicto de defensa-ansiedad. Para las parejas, estos conflictos encubiertos usualmente no dejan ver los deseos desesperados de aceptación y cooperación mutua, con lo cual ambos se mantienen con algo de esperanza.

Si en el ejemplo anterior, él comprende que sus acusaciones hacia ella representan una conducta defensiva por su parte y no un defecto real de ella, podrá reconocer su temor a ser incompetente, valorar las cualidades de ella y salir de la identidad co-creada con el padre, así como satisfacer su necesidad de sentirse valorado y romper con el patrón interaccional repetitivo, aprendido en su familia de origen.

Intento que en el grupo la pareja se dé cuenta de estos *triángulos de conflicto*, y sobre él se trabaja.

En general, podemos llegar a comprender que la manifestación de las conductas conflictivas en la pareja, esa secuencia de interacción conflictiva que hemos dado en llamar la discusión (o el silencio), puede ser observada como si dos triángulos se tocaran en el vértice de las soluciones defensivas –*Los triángulos del conflicto.* Es necesario poner esta dinámica de manifiesto para mitigar la ansiedad, y que salgan a la luz los conflictos encubiertos.

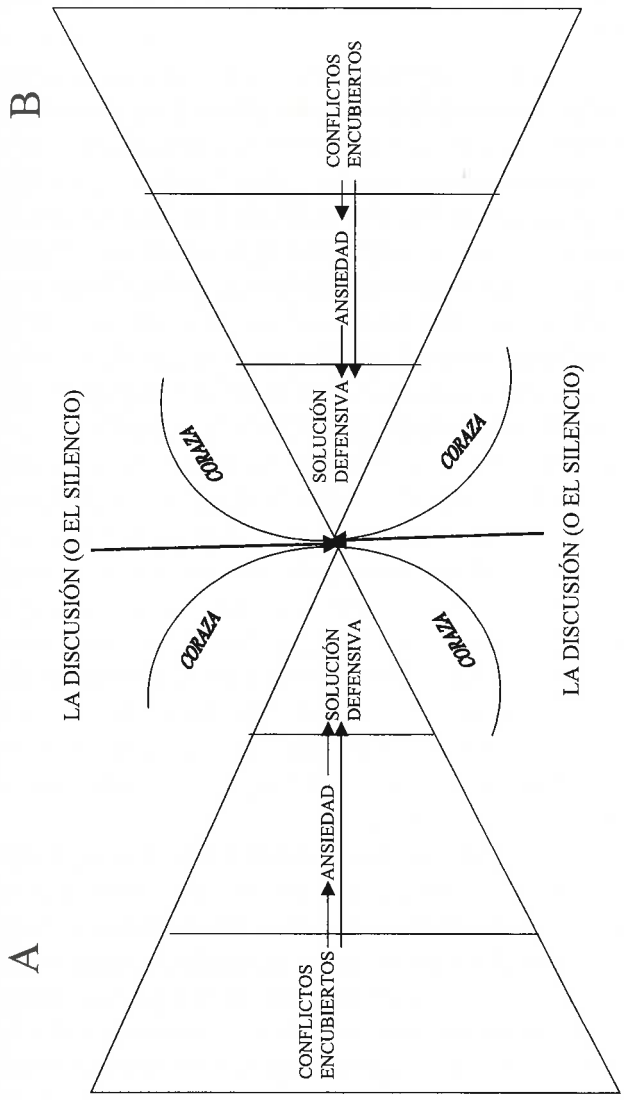


Figura 1. La discusión (o el silencio) intersección de soluciones defensivas.
Soluciones defensivas (autoprotección, por ejem., agresividad, etc.).
Ansiedad (por ejem., culpa, miedo al abandono, al rechazo, etc.).
Conflicto encubierto (por ejem., deseo de ser aceptado, etc.).

Principios terapéuticos en la terapia breve de grupo con parejas

Los principios claves en la terapia breve de grupo con parejas son los siguientes:

1. Ayudar a que cada pareja describa cuales son sus secuencias conflictivas de interacciones. La discusión. Cada miembro de la pareja define cual es su role en estas discusiones, y el terapeuta y los demás miembros del grupo, piden más información acerca de la secuencia o detalles de las interacciones.
2. Se introduce a la pareja a relacionar el presente con el pasado. Se intenta que cada miembro del grupo pueda conectar sus problemas actuales con asuntos no resueltos de su familia de origen y rasgos de su carácter. Por ejemplo, pueden comprobar cómo el comportamiento sumiso de un compañero con su mujer es similar al que tenía su padre con su madre.
3. Hacerles ver cómo mi comportamiento induce la conducta del otro. Que aquella conducta manifiesta que conscientemente no me agrada del otro, inconscientemente yo la provoco con mi conducta, para defenderme de una tendencia o aspecto mío, que me resulta amenazante. Prefiero ver que ella es muy dependiente, con mi actitud independiente, provoco que ella así se comporte, para no enfrentarme con mi dependencia. Lo mismo ocurre en sentido inverso de ella hacia mi.
4. Se le ayuda a la pareja a comprender que sus discusiones son una solución defensiva a los conflictos relacionados con su carácter y con la familia de origen.
5. Se describe los triángulos del conflicto para cada pareja. Se buscan ansiedades específicas y soluciones defensivas, muchas de las cuales, serán heredadas de temas familiares no resueltos. Por ejemplo, ella es muy agresiva porque teme ser controlada por su marido, como antes lo fue por su madre.
6. Buscar el contacto emocional. Cuando cada miembro de la pareja, primero se da cuenta de sus soluciones defensivas, y ve las ansiedades que tienen que ver con estas soluciones, finalmente hay que intentar que tome contacto emocional con los conflictos encubiertos subyacentes.
7. En cada pareja hay que consolidar este contacto emocional e identificar y reforzar los cambios que van teniendo, para que

les puedan servir como herramientas para enfrentar los conflictos futuros.

Criterios de selección

Después de una evaluación a la pareja acerca de sus conflictos actuales y otras áreas de la relación, así como de una evaluación individual y de una historia clínica de cada uno de los miembros de la pareja, se elige un grupo de entre tres y cinco parejas que no presenten graves conflictos personales.

Se excluyen parejas donde hayan intentos de suicidio o graves psicopatologías individuales, o cuando hay consumo de drogas. También se excluye en estos grupos a las parejas que estén en proceso de separación o divorcio.

De los temas importantes a evaluar, está la motivación de la pareja para el cambio. Es transcendental pedir a la pareja un compromiso de asistencia a las sesiones de grupo.

Duración

La duración de estos grupos de terapia breve para parejas, es de unas 24 sesiones, con una frecuencia de una sesión grupal a la semana, de dos horas de duración.

Cohesión grupal

En el grupo, la cohesión es análoga a la alianza terapeútica de la terapia individual. Es importante apoyar la cohesión grupal, particularmente desde el inicio de las sesiones. Una vez establecida la cohesión es más probable que el grupo pueda atravesar todos los estadios de la evolución grupal. Si la cohesión no se logra, el grupo fácilmente se atascará y no habrá proceso de cambio. Una razón habitual de la terapia de grupo con parejas para que se aborte la cohesión es que una o más parejas abandonen el grupo o no pueden asistir regularmente al mismo, lo cual impide un compromiso y una intimidad grupal. También puede dificultar la cohesión grupal si hay algún miembro del grupo que sea extremadamente paranoide, o muy agresivo o muy invasor respecto a la intimidad de los demás.

Estadios del proceso grupal

Los Cochés (1990) describen cinco estadíos de su terapia de grupo con parejas, con una duración de un año:

1. Unirse.
2. Empezar la fase de trabajo.
3. Insatisfacción o crisis grupal.
4. Trabajo intenso.
5. Terminación.

Creo que estas fases implican una descripción general de cualquier terapia de grupo breve, que puede ser aceptable para describir la secuencia de un trabajo grupal.

En la *primera fase* las parejas se presentan los unos a los otros y se les pide que describan sus discusiones. Habitualmente, de forma más o menos espontánea, los miembros del grupo aportan información valiosa sobre la historia de la pareja, datos sobre sus historias personales, si ha habido divorcios anteriores o no, algunos detalles de su familia de origen o alguna enfermedad importante, etc. Es una etapa de conocimiento de los unos respecto a los otros, donde hay que moverse lenta pero activamente.

En esta etapa inicial, el director del grupo facilita la participación de los miembros del grupo, y es una herramienta eficaz destacar las similitudes entre las diferentes parejas o individuos del grupo. Con esto se intenta conseguir la cohesión grupal. Y sencillamente se destacan algunos aspectos biográficos que sean similares, por ejemplo, señalar que dos miembros de diferentes parejas, los maridos, tienen un padre alcohólico, o señalar que dos mujeres del grupo son las más jóvenes de sus respectivas familias, etc. El objetivo es preparar al grupo para que pueda aceptar una atmósfera de intimidad creciente, donde se facilita la participación y el contacto con los demás, así como la expresión de los sentimientos.

Como señala Yalom (1986) desde el inicio de un grupo, el terapeuta necesita capitalizar los factores curativos del grupo, es decir, la esperanza, la aceptación, la auto-revelación, y la universalidad, para construir la cohesión grupal.

En la *segunda* fase se intenta una vez que se conocen mejor los miembros del grupo y las parejas entre sí, que puedan describir con

más detalle y fundamentalmente con una mayor carga afectiva, cuales son sus discusiones. En general, hay que vencer el temor de los miembros de la pareja, a ser agredidos por el otro, delante del grupo, ya que están todavía en una fase de acusación mutua, es decir, donde prevalecen las soluciones defensivas. Una herramienta terapéutica útil para conseguir una mayor profundización en sus sentimientos y conflictos emocionales que subyacen, es la utilización de técnicas psicodramáticas, como la escultura, (Díaz Morfa, 1995; López Barberá, E. y Población, P., 1997).

A través del trabajo psicodramático, no solamente se consigue que las personas adopten otros roles o tomen conciencia de sus conflictos más profundos, sino que también les permite relacionar su situación actual con sus problemas no resueltos en la familia de origen, en el pasado. Así, como poder ver y aceptar sus partes negadas y proyectadas en el otro, a través por ejemplo, de las técnicas del cambio de roles.

Se les ayuda a comprender que su conducta de agresividad, y de acusación o de aislamiento, es una solución defensiva, aprendida en el pasado, que oculta su ansiedad, miedo o culpa, que esto induce una reacción determinada en el compañero, con lo que perpetua el patrón y roles aprendidos en su infancia y las necesidades no satisfechas –encubriendo así, los conflictos no resueltos, relacionados con su historia familiar, habitualmente conflictos que surgen de la relación con uno o ambos progenitores o de la relación entre sus padres (Figura 2), lo que da lugar a una fijación-regresión a conflictos de determinadas épocas del pasado (Willi, 1978; Díaz Morfa, 1998).

Luego como es habitual, al final de cada sesión grupal-psicodramática, los demás miembros del grupo comparten sus sentimientos y situaciones similares, que les permite no sólo encarar sus propios conflictos, sino que también le ofrecen una nueva visión o unas "escenas" multiplicadas, a la pareja protagonista.

Las parejas pueden ahora comprender que sus discusiones tienen un significado psicológico individual para ellos y que entre otras cosas este patrón sirve para intentar satisfacer importantes necesidades emocionales en ambos compañeros. Empiezan a comprender que la semillas de sus discusiones actuales, fueron sembradas hace mucho tiempo en sus familias de origen y que ninguno de ellos merece los reproches que se hacen el uno al otro. Realmente, la

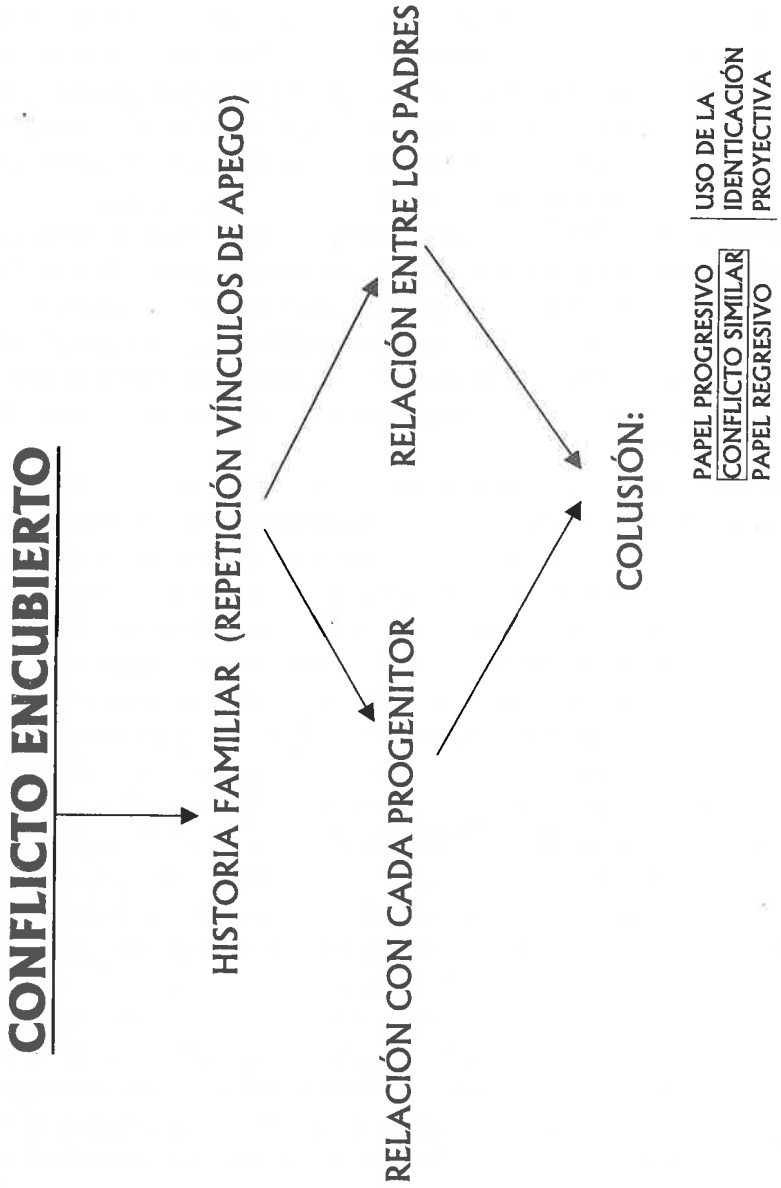

CONFLICTO ENCUBIERTO
HISTORIA FAMILIAR (REPETICIÓN VÍNCULOS DE APEGO)
RELACIÓN CON CADA PROGENITOR
RELACIÓN ENTRE LOS PADRES
COLUSIÓN:
PAPEL PROGRESIVO
CONFLICTO SIMILAR
PAPEL REGRESIVO
USO DE LA
IDENTICACIÓN
PROYECTIVA

Figura 2.

pareja todavía no sabe como llevar a cabo con esta introspección un cambio efectivo, pero con la decisión de redefinir y observar sus discusiones en términos psicológicos y como conflictos no resueltos del pasado, versus acusaciones y reproches en el presente, se les ofrece una oportunidad para construir el cambio.

Como podemos observar en estas dos primeras etapas del proceso grupal, se han descrito las discusiones, se ha introducido la relación entre el pasado y el presente, y se ha descrito la intersección de las soluciones defensivas que subyacen a las discusiones.

Algunos autores (Cochés, 1990; y Budman y col., 1994) describen una clara *fase de crisis* en los grupos breves, marcada por la desilución con el lider, y algunos conflictos o crisis entre los miembros del grupo, después de una fase de profunda cohesión grupal. Otros como Donovan (1987), no encuentran una marcada crisis a mitad del proceso grupal en los grupos breves debido, a que los vínculos están más centrados entre los miembros de las parejas y de las parejas entre ellas, que dirigidos hacia el líder.

En los grupos de terapia breve con parejas, se suele describir una *fase de mayor actividad* de cambios terapéuticos en la pareja, debido al conocimiento de que hay un número de sesiones limitadas, y habitualmente a mitad del proceso, se produce esta mayor actividad de cambios internos y externos en las relaciones de pareja.

Esto quizás es debido al conocimiento de que el tiempo es limitado o a la comprensión por parte de las parejas de que el terapeuta sólo es un facilitador, que ellos deben hacerse cargo de sus cambios. Generalmente, en esta fase aparecen sentimientos más profundos que logran ser compartidos entre los miembros de cada pareja y con las demás parejas.

La pareja comprende con mayor profundidad la multicausalidad de los conflictos, que le conducen a sus discusiones, lo que incluye temas intrapsíquicos, interpersonales, los relacionados con la familia de origen, etc. Todos ellos de forma entrelazada, creando una estructura dinámica que les ayuda a comprender el porqué de su situación actual. A partir de este momento, generalmente las parejas inician un cambio en sus vidas cotidianas. Cada miembro de la pareja empieza a darse cuenta y a aceptar su responsabilidad en los conflictos de pareja, sin sentimientos de culpabilidad y sin necesidad de defenderse.

En esta etapa, a nivel del grupo, vemos que el papel del terapeuta se hace menos activo, ya que los miembros del grupo muestran y mantienen una mayor iniciativa para compartir sus descubrimientos. El papel del terapeuta, en este momento, es de poder interpretar algunos conflictos más profundamente, pudiendo el grupo asimilarlo. Esto es posible debido a que la ansiedad es menor y a que las defensas son mucho más flexibles.

En este punto, algunas parejas preguntan cómo utilizar de forma práctica el descubrimiento a cerca de sí mismos y del otro, mientras que otras parejas espontáneamente comparten en el grupo, cómo han podido poner en práctica, pautas de comportamiento y de comunicación nuevas, en su vida cotidiana. La posibilidad de escuchar sin miedo, permite que la libertad traiga consigo la oportunidad de crear nuevas formas de relacionarse, olvidándose de repetir los patrones de apego del pasado.

En los grupos de terapia breve con parejas, cuando se llega a las últimas sesiones, a la *fase* que podríamos llamar de *terminación*, se habla del momento de la separación, donde se suele hacer un repaso de lo vivido, de lo compartido, de algunos momentos o sesiones más significativas para los miembros del grupo, y de paso esto sirve para que los miembros de la pareja, consciente o inconscientemente trabajen el proceso de separación, no solamente de las figuras parentales, sino un proceso de mayor individuacion dentro de la relación con su cónyuge. A veces es útil recordar a los miembros de la pareja, aquellas herramientas que ellos mismos han encontrado, diseñado u aprendido, para poder evitar las continuas discusiones que marcaban las pautas interaccionales en su relación.

Algunas características que deberíamos tener en cuenta todos los terapeutas que trabajamos con parejas en terapia de grupo breve son las siguientes:

La primera es que el terapeuta debe tener una actitud activa, debe de ser participativo, en parte debido al tiempo limitado de la terapia, y segundo, porque se intenta que los miembros del grupo contacten con sus sentimientos, y emociones desde las primeras sesiones. Uno no debe dudar en intentar facilitar de forma activa, que la pareja interactúe a un nivel mucho más emocional, pudiendo compartir claramente, qué están sintiendo en determinadas situaciones, que surgen en las sesiones grupales, o utilizando las escenas

psicodramáticas, para que los compañeros contacten con sus emociones más profundas, y de esta forma, ir en la dirección de atravesar las defensas, elaborando la ansiedad, para llegar a los conflictos encubiertos, a través de esos sentimientos profundos, que logramos poner de manifiesto y compartirlos.

La segunda característica es la importancia de crear una alianza y una cohesión grupal.

Y la tercera, centrarse en estos grupos breves con parejas, en *los triángulos del conflicto*, de manera que los miembros de la pareja sepan qué están buscando, y sobre que deberían hacer más énfasis en este trabajo grupal.

Se puede, partiendo de la discusión, indagar sobre las raíces de este patrón de interacción, sobre lo que tiene que ver con la familia de origen y a partir de ahí, también poder destacar el rasgo de personalidad de cada uno de los cónyuges, que tiene que ver con ese patrón en la familia de origen, que permite que ahora en el presente, se siga repitiendo la situación conflictiva del pasado, por ejemplo, a más quejas de ella, más silencio de él y viceversa, repitiendo tal vez, la relación de sus padres o la relación de él o ella con su madre o padre o con ambos.

En muchos de estos grupos de terapia breve de pareja, es importante tener una o dos sesiones de seguimiento, cada tres meses. Nos ayuda entre otras cosas, además de mantener en la pareja una actitud de cuidar lo que ellos han logrado, a evaluar la continuidad de los cambios conseguidos.

Muchas de estas parejas con frecuencia, piden ayuda para resolver algunos conflictos individuales, en terapia individual o un porcentaje no desdeñable, piden ayuda para poder continuar la terapia de pareja fuera del marco grupal.

BIBLIOGRAFÍA

Budman, SH; Simeone, P.G; Reilly, R., y Demby, A. (1994). *Progress in short-term and time limited group psychotherapy: Evidence and implications. In A Fuhriman y G.M. Burlingame (Eds.).* Handbook of Group Psychotherapy: An empirical and Clinical Synthesis. New York: Wiley.

Coché, J., y Coché, E. (1990). *Couple group psychotherapy*. New York: Brunner and Mazel.

Díaz Morfa, J. (1995). *Dinámica de la relación de pareja y psicodrama psicoanalítico.* La Hoja de Psicodrama, n.º 10 - Año III, Abril-Marzo. Madrid.

Díaz Morfa, J. (1998). *Prevención de los conflictos de pareja.* Madrid, Olalla Ediciones.

Donovan, J.M. (1987). *Brief dynamic Psychotherapy: Toward a more comprenhensive model.* Psychiatry, 50, 167-183.

López Barberá, E. y Población, P. (1997). *La escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia.* Barcelona. Paidós.

Willi, J. (1978). *La pareja humana: relación y conflicto.* Madrid, Ediciones Morata.

Yalom, I.D. (1986). *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo.* Méjico. Fondo de Cultura Económica.

José Antonio Espina Barrio

M.D. Psiquiatra, CS Mental Parquesol, Valladolid

AMOR, SEXO, TERNURA Y PSICODRAMA

1. AMOR, SEXO Y TERNURA: MÁS ALLÁ DE MASTERS Y JOHNSON Y DE KAPLAN

"Con las mismas letras, en efecto,
se compone una tragedia y una comedia" (P. 28)

ARISTOTELES *Acerca de la Generación...*

Este capítulo parafrasea el libro de Amezua (1976) donde aboga por la ternura en las relaciones sexuales y por un modelo diferente de Sexología, cuya teoría surgirá de su visión triádica: Sexo Sexualidad y Erótica que marcará toda la obra de este pionero español de nuestra época, hasta la más actual (1999).

Sin embargo para llegar a esta forma de encarar la Erótica voy a basarme en la Metafísica de Aristóteles Latinus que se conserva en la Universidad de Salamanca. El ilustrador de la letra *"D"e generatione et corruptione de natura corrupta* no dudó en plasmar en su interior la esencia de la sexualidad. La relación de dos amantes desnudos en la intimidad de su cama. Placer, sensualidad y encuentro son las bases de las relaciones sexuales.

El sabio de Estagira, hijo del médico Nicómaco y preceptor de Alejandro Magno es el iniciador de esta exploración cuando afirma "Todos los entes que pueden combinarse deben necesariamente admitir un contacto recíproco" (Aristóteles, 1989, P. 58) y más adelante sostiene: "Todos los entes que se tocan entre sí deberían poseer peso y ligereza"... "son aptos para ejercer acción y pasión". Instaura la reciprocidad de lo tocado con el intercambio de los roles activo-pasivo. Agente y paciente son idénticos y semejantes en género,

pero desemejantes y contrarios en especie, por eso actúan y padecen, generan y se corrompen.

Frente a la sexología tradicional instaura la primacía del tacto: "Si una cosa no ejerce su acción por contacto, tampoco la ejercerá penetrando por los poros" (P. 73). En los *Tratados Breves de Historia Natural,* cuando diserta sobre la sensación y lo sensible, deja aparte el oído y el tacto que había expuesto en *Acerca del Alma* (1983). En esta obra afirma que "Si no se tiene tacto es imposible tener ningún otro sentido" (P.254). "Esto es evidente ya que ni es posible poseer tal sentido sin ser animal, ni para ser animal es necesario ningún otro además de él" (P. 255). El gusto es especie de tacto. El resto de los sentidos son para el goce de una existencia mejor. El ser humano "es capaz de percibir por medio del tacto con mucha más precisión que el resto de los animales y de ahí que sea el más inteligente de los animales" (P. 201).

"Aquellos vivientes que poseen tacto poseen también deseo" (P.176). "El apetito, los impulsos y la voluntad son tres clases de deseo" (P. 175). "La facultad de desear no se da a no ser que haya imaginación. Toda imaginación, a su vez es razonable (humana) ó sensible (animal)" (P. 248) y la define como "un movimiento producido por la sensación en acto. Y como la vista es el sentido por excelencia, la palabra "imaginación" (phantasía) deriva de la palabra "luz" (pháos) puesto que no es posible ver sin luz" (P. 230).

Conecta la imaginación con el intelecto y se adelanta en 23 siglos a la aversión al sexo: "Lo sensible hace que la facultad sensitiva pase de la potencia al acto sin que ésta, desde luego, padezca afección o alteración alguna... Así pues la percepción es análoga a la mera enunciación y a la intelección. Pero cuando lo percibido es placentero o doloroso, la facultad sensitiva –como si de este modo estuviera afirmándolo ó negándolo– lo persigue o se aleja de ello. Placer y dolor son el acto del término medio en que consiste la sensibilidad para lo bueno y lo malo en cuanto tales. Esto mismo son también el deseo y la aversión en acto: las facultades del deseo y la aversión no se distinguen, pues, realmente ni entre sí ni de la facultad sensitiva. No obstante, su esencia es distinta" (P. 238).

"En vez de sensaciones, el alma discursiva utiliza imágenes. Y cuando afirma ó niega (de lo imaginado) que es bueno o malo, huye de ello ó lo persigue. He ahí como el alma jamás intelige sin el concurso de la imagen" (P. 239).

Antes había sostenido que "el alma no hace ni padece nada sin el cuerpo, p.e. encolerizarse, envalentonarse, apetecer, sentir en general. No obstante, el inteligir parece algo particularmente exclusivo de ella; pero ni ésto siquiera podrá tener sin el cuerpo... Del mismo modo parece que las afecciones del alma se dan con el cuerpo: valor, dulzura, miedo, compasión, osadía, así como la alegría, el amor y el odio" (P. 134)

En estos libros resume y adelanta lo que a continuación se va a mostrar en la clínica. Lo primero es que el cuerpo y el alma van unidos. Lo segundo es que el tacto es la relación más estrecha de los humanos. Lo tercero es que la imaginación fomenta el encuentro o provoca el rechazo, según que las imágenes sean de cultivo o rechazo de la relación sexual.

El filósofo establecía que el fin último de los seres humanos es la *eudaimonía* (felicidad) y la cifraba en algún tipo de actividad autosuficiente, p.e. la actividad intelectual. Otorgaba primacía al acto sobre la potencia. Ahora se aboga por el fomento del deseo mediante la imaginación y el tacto que de lugar al placer y a la relajación, en lugar de la excitación, como promueven todas las teorías nacidas del orgasmo.

Se trata de iniciar una apertura de la mente, que fomente el cultivo de la sexualidad y, después de dicho cambio de actitudes, estimular los actos que proporcionen placer. Todo ello desde la relajación, más que desde la excitación.

Nada mejor que recurrir a una serie de situaciones clínicas que describan la situación de las mujeres en el oscuro campo del deseo y como la exigencia de excitación genital disminuye el deseo y aumenta la aversión al sexo; es decir la persona se aleja de la relación sexual.

2. DEL FANTASMA A LA FANTASÍA

Nerea tenía 21 años a finales de 1994 y comentaba que desde los 15 años sufría una fobia escolar que dificultaba sus rendimientos. Es hija única, con una madre que sufrió una depresión por desarraigo a los 30 años. Estuvo en Psicoterapia 3 a. que abandonó por falta de resultados y decidió volver a clase. Acude ahora por el mismo pro-

blema, junto con ideas hostiles de agresión a su padre. Se pauta un tratamiento con clorimipramina a dosis bajas y afrontamiento cognitivo con relajación. Mejoró rápidamente, pero presenta problemas de relación con los amigos, con aversión al contacto físico, agravada por una hipertricosis. Dada su mala experiencia anterior con la psicoterapia, se resiste a iniciar una nueva experiencia y se espaciaron sus revisiones de semanales a mensuales y trimestrales con alta en 1996 y revisiones episódicas a demanda con prescripción casi continua de Clorimipramina 37,5 mg./día. Tras dos años, en 1998 acepta la derivación a Psicoterapia Individual para tratar los problemas de proximidad física y miedo al compromiso, que la han hecho abandonar varias relaciones antes de comenzarlas. A principios de 1999 se atreve a salir con un joven y una amiga suya se introduce en el medio y la produce una reacción de rabia, impotencia y desengaño. En Junio comienza a salir con un joven, militar profesional que vive en Madrid. Ante las dificultades de contacto físico, el psicólogo lo deriva para que siga una Psicoterapia Individual y Sexual combinada, necesaria para vencer los fantasmas sexuales que dificultan su avance en las relaciones interpersonales.

En su Historia Sexual refiere sueños en los "que tengo bastante deseo que nunca siento cuando soy consciente, tengo bastante angustia como si no pudiera llevarlo a cabo cuando me siento frustrada ... Sobre lo que sueño no son situaciones normales, son situaciones bastante extrañas en las que aparecen muchas mujeres y donde los hombres también están pero como elementos secundarios solamente hacen acto de presencia." Esta fantasía sexual exhibicionista la ayuda a excitarse con masturbación, en otras ocasiones la bloquea y se convierte en fantasma. "Cuando es un chico, es un desconocido y actúo desinhibida y en presencia de otra gente". Refiere masturbarse desde los 19 a., cada 15 días, a veces recurre a películas. La inhibe la excitación pensar otras cosas y sus pechos, por los que siente complejo. Actualmente predomina la rabia por haber sido engañada y un pensamiento continuo en la pareja de su novio y su amiga. Se desvaloriza, cree no ser atractiva, piensa que es una transexual y no se encuentra nada a gusto con los chicos. "Con el último que he estado lo hice un poco por pena y quererle ayudar y otro poco por rebeldía algo muy raro en mí. Y el resultado ha sido negativo por mi pasividad y porque en algunos momentos me resultaba algo

bastante desagradable". Su máximo nivel de contacto heterosexual ha sido besos en la boca con los dos últimos jóvenes con los que ha salido.

En la siguiente sesión comenta que se reactivó su temor al abandono y decidió dejar su nueva pareja. Se había indicado que se fijara en sus fantasías y trae un sueño donde aparecen tres muñecas de época que se ponen distintos ropajes. La primera va vestida de arriba abajo, la segunda en ropa interior y la tercera desnuda. Su tamaño es natural. Trabajamos con Psicodrama Individual y ella se coloca en cada una de ellas, empezando por la más vestida que muestra su sensualidad con su ropaje. La que tiene puesta su ropa interior, se muestra pícara y provocativa. Todas son abiertas en su sexualidad y las encanta disfrutar con su cuerpo y los otros. Cuando hace de muñeca desnuda, se da cuenta del placer que la genera mostrar su cuerpo a los demás y que ella es cada una de las tres muñecas. Las tres son parte de su deseo intensamente reprimido por el desengaño sufrido.

Se promueve el desarrollo de fantasías sexuales y como la resulta más fácil dibujarlas se la anima a que haga bocetos sobre las mismas. También, una serie de ejercicios de autoestima ante el espejo.

Los primeros bocetos se refieren a la traición de su amiga y aparece junto con su novio en la calle con sus amigas y amigos o los dos juntos en tiernas escenas de amor, besándose o paseando agarrados de la mano. Se comenta que las fantasías son acerca de su futura sexualidad, donde la Protagonista sea ella y no la amiga que la traicionó.

En la siguiente sesión trae 3 escenas de cine, excursión e intimidad. Se la invita a que las desarrolle. La siguiente escena es referente al cine, predomina la ternura y acaba con un abrazo. En otra viñeta se trata de una cena, predomina la afectividad y el contacto físico en sus dibujos. Después de la cena, con velas y romanticismo, acaban en una relación sexual, donde predomina la ternura, aunque falta el contacto, a pesar de la desnudez de la pareja. Se indica prosiga con la vía de las fantasías dibujadas y las recuerde en caricias no genitales para estimular el tacto y se le recomienda lea a Alina Reyes *Detrás de la Puerta* y otros libros sobre fantasías eróticas. La siguiente viñeta era una excursión al campo, hacen noche en las montañas y hay escenas tiernas de encuentro físico y comida juntos. Co-

menta que cuando se toca nota una anestesia, como si llevara pantalones de neopreno. Se realiza respiración bioenergética de forma muy lenta y relajante dadas sus características ansiógenas, su finalidad es movilizar la cadera y relajar la plataforma pélvica. Se la indica construya varias escenas de fantasías y fantasmas.

Como situaciones deseadas, ella dibuja las siguientes: 1. Sentirse simplemente a gusto, de camping los dos en un saco de dormir, abrazados y sonrientes, 2. Compartir cosas juntos, jugando juegos de mesa, 3. Tener una vida sexual que nos llene, escena similar a la letra capitular de Aristóteles Latinus antes descrito, sólo que ella encima de él. Acaba con una viñeta en que la tienda se viene abajo por los elementos y su pareja la da seguridad, "no te preocupes ahora mismo la ponemos en su sitio".

En cuanto a los fantasmas que asolan la pareja en el camping: 1. Sentirme maltratada. "Porque eres una inútil y no haces nada bien...", 2. Sentirme sola. Ella sentada desnuda y el durmiendo profundamente. 3. Que quiera a otra persona. Ella profundamente enamorada y él pensando en otra. 4. Que no compartamos cosas ni ilusiones. Ella se queda preparando la comida y él se va a pescar. 5. Que me dejen por otra persona. Se pide que elija una de las situaciones temidas y en la próxima sesión traiga dos soluciones creativas.

Eligió la 4. y las alternativas son: 1. Quedarse en el camping y jugar en diversas competiciones deportivas, 2. Ir con él a la orilla del río, leer, observar las aves, la flora y la fauna y promover un acercamiento físico, respetando las diferentes aficiones.

La psicoterapia prosigue, ya sin terapeuta. Se va varios meses al extranjero y se propone seguir creando fantasías, allí donde se encontraba el fantasma. En la última sesión comenta que se siente mejor con las prácticas autoeróticas y con el uso de la respiración bioenergética. Lleva 6 meses sin tomar antidepresivos.

Para un estudio más detallado acerca de la fantasía sexual se recomienda la pélicula de Frederic Fonteyne "Una Relación Privada" (1999), afortunada traducción del título original "Une lyason pornographique", protagonizada por la francesa Nathalie Baye y el español Sergi López.

3. EL CULTIVO DEL TACTO EN PAREJA O EN GRUPO

En Terapia Sexual prima el uso del tacto, uno de los sentidos más prohibidos e ignorados y por lo tanto poco practicados. El Masaje Sensitivo Gestáltico busca el contacto y la relación por medio de las manos y experiencias táctiles, se puede realizar en pareja y/ó en grupo. El Psicodrama simboliza la experiencia placentera y da permiso al goce, incluso allí donde está más reprimido. En Grupos de Terapia o de Crecimiento Personal he recurrido a estas técnicas en contadas ocasiones, cuando lo he hecho se ha tratado de grupos evolucionados y que plantean dicha demanda. Suelo comenzar por ejercicios grupales de caldeamiento, por ejemplo contactar en grupos sentados en el suelo y con los ojos cerrados, sólo con las manos, después sólo con los pies. Finalmente en dos ruedas concéntricas, la de afuera conecta con las manos de la interior que recibe pasivamente con los ojos cerrados. La exterior va ascendiendo por el brazo y antebrazo hasta la cara y vuelve poco a poco hasta las manos despidiéndose en silencio. Se hacen varios cambios de pareja, permaneciendo el círculo interior siempre con los ojos cerrados. Después se intercambian los papeles. Posteriormente he utilizado este tipo de encuentro como iniciador de un Encuentro que se simbolizaba poéticamente, pero este tema será objeto de otro trabajo *Psicodrama y Poesía*, que en dos talleres que he realizado hasta ahora ha dado lugar a más de 30 poesías, algunas de las cuales fueron representadas.

En otras ocasiones les pido elección por parejas y aprenden a respirar con el vientre, moviendo las caderas tal y como se enseña en Bioenergética, en decúbito supino, con las piernas flexionadas, al inspirar dirigen las caderas hacia el suelo y al espirar rota las caderas hacia el techo. El ayudante con las manos en las caderas ayuda a su movilización. Tras estos ejercicios prosigo con un amplio Comentario Grupal que permita procesar las emociones y experiencias del grupo.

Hace años realicé un taller sobre: "El Goce del Cuerpo - Encuentro en el Jardín Secreto", estaba dirigido a los profesionales de un Encuentro de Psicodrama. Se indicaba que era preciso que acudieran con bañador o estuvieran dispuestos a desprenderse de ropa y realizar parte del taller en paños menores. Dicho taller partió de

una experiencia mía con un Terapeuta Reichiano que, en un taller similar, estuvo 45 minutos hablando de la necesidad de quitarse la ropa, de hacer el taller desnudo, etc.; aburrido de lo prolijo del discurso le comenté que si podíamos empezar a quitarnos la ropa y comenzar el taller. Los asistentes respiraron con alivio y todos nos quitamos la ropa, excepto el monitor que a los calzoncillos de rigor añadió una camiseta. El número de asistentes a mi taller era limitado, por lo que se pidió se apuntaran en la puerta de la sala. Al llegar veo que no hay ningún nombre apuntado y supongo que la experiencia es demasiado fuerte para el Psicodrama. No obstante atravieso la puerta y me encuentro con 12 personas dispuestas a realizarlo. Tras unos ejercicios de caldeamiento, ya descritos, que sirvieron para irse desprendiendo poco a poco de la ropa, les pido una elección por parejas. Comienzan por aprender a realizar respiración bioenergética y después a pasar por el cuerpo la ropa que se había quitado y que estaba en el centro de la sala. Cuando acabaron el cambio de roles, pido a las parejas que compartan sus sentimientos e imaginen una escena que simbolice el encuentro. Describieron una playa con un bronceado, un fondo marino con los peces acariciando los cuerpos, etc. La escena elegida sociométricamente fue la de un convento de monjas, donde el cura se enamora de una novicia. Aprovechando su estatus, concierta una cita con ella en la iglesia. Es de noche, la novicia sale de la celda y encuentra a su amado en el altar, se besan apasionadamente y se desnudan, él la tiende sobre el altar y pasa los manteles del mismo por su cuerpo, de dicho encuentro surge un intenso placer y erotismo que inunda a todos los asistentes. Esta fue la conclusión simbólica del taller, que no se trata de una profanación de lo sagrado, sino una sacralización del placer, donde los dioses somos nosotros mismos, más allá de las prohibiciones y convenciones sociales. Todo el grupo agradeció el trato delicado y la forma progresiva de entrar en situación, así como lo placentero de la experiencia.

Como conclusión de este apartado se propone el cultivo de la sexualidad como el encuentro entre los cuerpos, centrado en el tacto y en el placer, más que en lo genital y en la excitación. Para el abordaje de los Trastornos de Deseo y de Aversión Sexual se fomenta el uso de las lecturas eróticas, los relatos o dibujos de las fantasías sexuales propias, y la promoción de su generación. Todo ello facilita el paso

de la potencia al acto, donde la sexualidad es un gusto propio, digno de compartir con las personas que queremos. La mujer y el hombre comparten sus fantasías y desarrollan sus encuentros en un ambiente donde no existen roles rígidos de: maestro/alumno, activo/pasivo, experto/ingenuo, donante/receptor, penetrante/penetrado, etc. Dichos roles son intercambiables y se fomenta, en lugar de reprimir, la expresión del deseo y la comunicación del placer, que por ser mutuo no ha de ser simultáneo ni idéntico, sino sucesivo y diferente. No olvidemos que desde 1995 las posturas sexofóbicas en las parejas son consideradas Trastornos del deseo sexual o de Aversión al Sexo, todavía resistentes a una farmacología eficaz.

El futuro sigue colocando a la Sexualidad en una posición multidisciplinar, sin la cual no se aprehende en toda su amplitud. El Psicodrama coloca en la Escena la fantasía y potencia su desarrollo de cara a un encuentro sexual más placentero y a una sexualidad más abierta al futuro de la imaginación que es inextinguible.

BIBLIOGRAFÍA

AMEZUA E. *Amor, Sexo y Ternura – Otra concepción y vivencia de la sexualidad*, Madrid, Ediciones Adra S.A., 1976 (P. 127).

AMEZUA E. *Teoría de los Sexos – La letra pequeña de la sexología*, Madrid, *Revista Española de Sexología*, n.º 95-96 Extra Doble, 1999 (P. 270).

ARISTÓTELES *Acerca del Alma*, "Biblioteca Clásica Gredos 14", Madrid, Gredos S.A., 1.ª ed. 1978, 1.º Reimp. 1983 (P. 256) (Traducido del griego e Introducción por Tomás Calvo Martínez).

ARISTÓTELES *Acerca de la Generación y la Corrupción. Tratados Breves de Historia Natural*, "Biblioteca Clásica Gredos 107", Madrid, Gredos S.A., 1987 (P. 366) (Traducciones e introducciones respectivas de Ernesto la Croce y Bernabé Pajares).

ARISTÓTELES LATINUS *Corpus Vetustius – Mettaphysical veteris*, Vitela, Biblioteca Antigua de la Universidad de Salamanca, MS 2.706, Siglo XIII (Folios 261).

FRIDAY N. *Mon Jardin Secret – Une Anthologie des fantasmes sexuels fémenins*, París, Balland, 1976. (P. 286) (Traducido al francés por Jacques Roque y luc-Yves Margueritte) .

KAPLAN H.S. *Trastornos del Deseo Sexual*, "Realaciones Humanas y Sexología", Barcelona, Grijalbo, 1982 (P. 298) (Traducido de la V.O. de 1970 por Marta I. Gustavino) .

KAPLAN H.I. y SADOCK B.J. *Tratado de Psiquiatría VI*, (4 Vol.), 1.º edic. 1967, Colombia, Inter-Médica, 6.ª edic., 1997 (P. 2.752) (Traducido de la V.O. de 1995).

MALTZ W. Y BOSS S. *El mundo íntimo de las fantasías sexuales femeninas – Un viaje de pasión, placer y autodescubrimiento*, Barcelona, Paidos, 1998 (P. 254) (Traducido de la V.O. titulada: *In the Garden of Desire. The intimate World of Women's sexual Fantasies* de 1997 por Esther González Arqué).

MARTÍNEZ TORRES B. *El Paradigma Social de las Relaciones Sexuales en la Socialización de la Erótica Profunda –Una investigación exploratoria a través de las construcciones oníricas fantaseadas y fantasmagorizadas* en *Revista Española de Sexología*, N.º 85-86 Extra Doble, 1998. (P. 160).

SARRIA SALAS R. *La Erótica*, Madird, Edaf, 1991. (P. 265).

ELISA LÓPEZ BARBERÁ

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

GÉNERO Y VIOLENCIA COTIDIANA EN LA RELACIÓN DE PAREJA

RESUMEN

Me voy a referir a situaciones en donde predomina de manera exclusiva la violencia psíquica. No hay presencia de violencia física. No son motivo de alarma social y los sujetos agresores no son definidos como patológicos ni claramente como sujetos violentos. Es la violencia incorporada a los modelos habituales de comportamiento, a la que nos solemos habituar porque es cotidiana quedando incluso legitimada, como señala D.Bustos (97), dejando de ser reconocida como tal violencia.

En estas situaciones el género traza una distinción en la conducta, tanto por la manera de afrontar el conflicto como por algunas consecuencias para los sujetos que la padecen aunque quizás mucho menos definidas que en el maltrato físico y el abuso sexual.

Son situaciones que no se circunscriben sólo al ámbito clínico sino que pueden estar presentes en la esfera de la vida cotidiana siendo en numerosas ocasiones tan complejas como sutiles.

Para ello parto de la aproximación a una serie de casos en los que he trabajado con la pareja conyugal y en donde el motivo de consulta no ha tenido que ver aparentemente ni con la violencia, ni con conflictos de género. Es una acotación instrumental para poder reflejar una serie de observaciones, que opino se pueden extrapolar a un determinado tipo de entorno "normal" que no precisa (con interrogación) ni solicita ayuda psicológica.

PALABRAS CLAVE

Género, violencia, violencia psíquica, pareja, poder, control, imposición autoritaria, chantaje afectivo, coacción.

INTRODUCCIÓN

De los dos conceptos presentes en esta aportación, me acerco y parto de las siguientes descripciones:

1. El Género hace referencia a una realidad muy compleja de carácter fundamentalmente psicosocial pero que tiene su razón de ser en un dimorfismo sexual aparente (mujer/varón) y que se encuentra en permanente interacción con él a lo largo de todo el ciclo vital. (Fernández, J. 1996).
2. La violencia implica un carácter destructivo o lesivo de un objetivo perfectamente señalado (Buss; 1961). El odio queda instaurado. Como señala Marina, ..."al igual que en el amor el odio implica deseos. Uno de ellos es hacer daño". (pag 182).
3. La violencia psicológica está delimitada por acciones e interacciones de humillación, amenazas, violencia, control y vigilancia, cambios continuos de humor, desaprobación o descalificación continua, incluso desconfirmación. (Echeburua y Colbs; 1994).

Siguiendo la distinción de Zillman (1978), la violencia puede estar motivada por frustración de expectativas y necesidades no cubiertas en donde el principal objetivo es dañar para causar dolor o bien motivada por un incentivo, es decir para conseguir uno o varios objetivos. Aquí la violencia tiene un matiz marcadamente instrumental.

De todo ello se plantea que la incorporación de la violencia psíquica en los modelos habituales de comportamiento en la familia y pareja, pese a poder estar solapada es perceptible en sus efectos creando un clima progresivo de tensión, rechazo y odio. Como señala Bleichmar (1997) la violencia es una forma de comunicación en donde se produce un encuentro de sometimiento al deseo del poderoso.

Las relaciones en las que aparece violencia psíquica, al igual que en la física suelen ser muy rígidas. El espacio familiar y de pareja se convierte en un lugar simultaneo de encuentro y enfrentamiento entre los géneros desde la necesidad inevitable de dependencia, el temor a reconocer esta necesidad y también de no encontrar un sustrato nutricio amoroso para satisfacer las necesidades, como indica Bustos (90), de afecto, sexo y amparo.

Como señala Población "*...suelen ser relaciones muy firmes... vinculaciones estrechas, duraderas, atenazantes, donde se maneja la dominancia y la dependencia como instrumento de poder...es el combate de dos ejercicios, para ver quién vence al otro...*" (pag. 220)

Sin embargo no podemos olvidar en el tema de la violencia la "calidad de los actos" pese a admitir la recursividad en el sostenimiento de la misma.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Me voy a referir a las observaciones extraídas de 12 casos en los que he trabajado en terapia de pareja como tal, o intercalada en terapia de familia e individual. En todos ellos se han desvelado situaciones de violencia psíquica. En ningún caso apareció una demanda inicial relacionada con la violencia. Para el objetivo de esta exposición me centraré en la relación de violencia en la pareja, ya que no en todas las situaciones se abordó el tema con toda la familia, cuestionandose sin embargo en todos los casos las repercusiones individuales y familiares de la violencia mantenida en la pareja conyugal.

He establecido cuatro categorías básicas de manifestación de la violencia psíquica en donde se albergan distintas situaciones conflictivas, con intención exclusiva de agrupar las observaciones. Asumo la dificultad de delimitar fronteras claras, ya que la realidad cotidiana del ejercicio de este tipo de violencia se expresa en un continuo, donde aparecen simultánea o alternativamente estas categorías.

1. Ejercicio de la violencia cotidiana desde el Control

Con el uso del control como mecanismo de violencia, me estoy refiriendo a la instrumentalización del mismo para lograr sostener

un poder habitualmente cuestionado por la víctima, produciendose una situación de peligro –y por lo tanto de violencia– siempre que no se satisface la necesidad por parte del poderoso de que el débil o necesitado mantenga una relación de estrecha dependencia hacia el poderoso que obtiene así un status superior que le reafirma.

Cuando esta forma de violencia es desarrollada por el varón, la respuesta interactiva más frecuente en la mujer (con el riesgo que implica cualquier generalización), es la pasividad. Una pasividad que puede estar cargada de resortes manipulativos y de adaptación, como la ilustran numerosas teorías, pero que exige una renuncia a una identidad adulta y autónoma.

Si el varón es la víctima suele responder desde un acatamiento que encierra un resentimiento permanente hacia la mujer que maneja un "atributo que no le corresponde" –el poder– y que por lo tanto usa y abusa de él indebidamente. La consecuencia para el varón en estas situaciones, es la renuncia a usar su derecho a manejarse desde una posición simétrica con unas actitudes de firmeza y autoafirmación.

En ambos casos, hay miedo; miedo a perder un territorio ajeno (la figura que ostenta el control), y miedo a ganar un territorio propio (la figura que sufre el control).

2. Ejercicio de la violencia cotidiana desde la Imposición Autoritaria

La violencia impositiva y autoritaria busca una satisfacción personal en detrimento de la satisfacción de los demás. No cabe *"estar con"*, sino *"en contra de"*. La relación se convierte en un campo de batalla en el momento en que aparece en escena el enemigo, es decir el que tiene la osadía de salirse del guión que el agresor ha creado para él. No necesariamente tiene que ser un guión truculento, simplemente un guión de la vida del otro que satisfaga al "director". Las actitudes paternalistas son una forma de enmascarar el autoritarismo desde la imposibilidad de aceptar la existencia de otros intereses y proyectos que no se ajusten a las expectativas que el agresor tenga sobre la vida del otro. Si esto sucede, el agresor puede estallar como una bomba de relojería con conductas de repudio, humillación, descalificación continua, posiciones dogmáticas, aislamiento.

Una respuesta habitual de la mujer –víctima de esta situación– es el sometimiento a alguien en el que no se cree pero a quién no se cuestiona, con las correspondientes consecuencias represivas y la creación de una espiral de violencia desde lo "no dicho". Cuando padece esta situación el varón dentro de la pareja, puede responder en "cortocircuito". Acumula tensión, cargada de odio y frustración, que se dispara en un espectacular y sonoro repertorio de violencia.

Tanto varones como mujeres pueden intentar defenderse de esta situación entablando un ataque indiscriminado desde la oposición sistemática que provoca una "violencia en vacío".

Las consecuencias para la mujer entre otras es el aislamiento y la amargura que se produce por la incapacidad de salir del yugo opresor, o bien la falta de reconocimiento y la angustia desencadenada por ello al rebelarse y seguir el propio guión. Una consecuencia para el hombre es la perdida de autoestima como varón, y un temor generalizado que le impide percibir otros tipos de relación con la mujer.

Se puede apreciar un sentimiento compartido de odio y desesperación, frente al opresor y de odio y necesidad de destrucción por parte del opresor hacia el oprimido.

3. Ejercicio de la violencia cotidiana desde el Chantaje afectivo.

Sabemos que nada hay más lejos aparentemente del odio, del rechazo y del deseo de dañar que el afecto. Y que en nombre del amor se construyen auténticas situaciones de tortura emocional, que exige ser negada (Madanes 93) en función del propio amor.

Contraer la responsabilidad de la vida del otro, de su seguridad, de su satisfacción o contraer la culpa de no "cumplir" la deuda contraída, organizan una cadena envolvente cargada de recriminaciones y reproches.

Cuando el hombre ejerce un chantaje afectivo culpabiliza a la mujer, que asume la culpa por no haber podido responder desde su capacidad y deber de hacerse cargo de las responsabilidades emocionales y de ser motivo de tensión para el "proveedor" familiar que bastantes tensiones tiene en el exterior.

Si el hombre es la víctima de esta situación suele responder de una manera defensiva alejandose emocional, física y sexualmente

de la mujer a la que considera una gran manipuladora, de manera que cualquier situación de implicación personal es evitado por el temor a caer en la red acaparadora de la mujer y con ello queda justificado el prescindir de los compromisos emocionales.

El sentimiento compartido es de desaprobación y recriminación, con el que se censura tanto a la víctima como al "chantajista", llegando a constituirse en una auténtica situación de tormento, mediante amenazas de lesión o autolesión.

4. Ejercicio de la violencia cotidiana desde situaciones de Coacción

Cuando existe una necesidad de tener que ocultar "secretos" a cualquier precio; cuando el descubrimiento de una situación vergonzosa tambalea los cimientos del sistema de valores mantenido hasta el momento, se intenta forzar el mantenimiento de una "seguridad" que no esta sostenida por ningún cimiento. Entonces se generan situaciones violentas de vejación, amenazas, humillación, es decir, de coacción.

Cuando la víctima es el varón suele responder rindiendose en el esfuerzo de permanecer en alerta continua para sostener la situación. Puede buscar una tercera persona, bien para compartir la tensión y el esfuerzo y que le sirva a él mismo de apoyo y refugio o bien para reemplazar el lugar de la figura agresora.

Si la víctima es mujer, suele responder con un bloqueo inicial de sí misma y posteriormente con actitud conciliadora y tranquilizadora aunque internamente esté dominada por el temor y desprecio hacia el agresor. La mujer reduce su universo de intereses y proyectos para cooperar en el esfuerzo de ocultar –y sostener– lo insostenible.

Una de las consecuencias má frecuentes para ambos es la aparición de una doble moral y ética para el sostenimiento de la familia o pareja, en aras del mantenimiento de una actitud de lealtad (Boszormenyi-Nagy 1983).

III. CONCLUSIONES

De lo expuesto anteriormente y teniendo presente tanto las características del maltrato y la violencia familiares, como sus mode-

los explicativos y las características de las diferencias de género, observamos que:

1. En la violencia psicológica cotidiana **sí** hay una intención por parte del agresor de la violencia.
2. La expresividad de estas formas de violencia cotidiana, si bien no son directamente destructivas, siempre son lesivas para el sujeto que la padece desde la supuesta instrumentalización de actitudes y conductas para conseguir determinados fines.
3. En estas situaciones "cotidianas" la presencia de la violencia psicológica no es necesariamente un factor predictivo de violencia física, pero si lo es siempre de un padecimiento individual y un deterioro relacional.
4. Las figuras del agresor y la víctima no son patrimonio exclusivo y excluyente de los géneros. El varón puede ser tanto agresor como víctima y la mujer también tanto agresora como víctima.
5. A la hora de valorar situaciones que engendran esta violencia "cotidiana", conviene revisar simultáneamente la Recursividad en el sostenimiento de la relación, pero teniendo siempre en cuenta "la calidad de los actos", ya que en el juego relacional aunque cualquiera pueda jugar el rol de agresor o víctima, no supone lo mismo estar en una u otra posición.
6. Cualquier vínculo puede tornarse violento si un miembro somete al otro a su control, imposición, chantaje y coacción. Mujeres y varones pueden ser tanto autores como receptores de esta forma de violencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bleichmar, H. (1997). "Avances en psicoterapia psicoanalítica". Ed. Paidos. Barcelona.

Boszormmenyi-Nagy, I. (1983): "Las Lealtades invisibles". Ed. Amorrortu. Argentina.

Bustos, D. (1990): "Perigo Amor a vista. Drama e Psicodrama de Casais". Ed. Aleph. Sao Paulo.

Bustos, D. (1997). Violencia y Desamparo en: "Actualizaciones en Psicodrama". Ed. Momento. Argentina.

Buss, A.H. (1961):"The psychology of aggression". J. Wiley, N. York.
Echeburua, E. (1994): "Personalidades violentas". Ed. Pirámide. Madrid.
Fernandez, J. Y Colbs. (1996). "Varones y Mujeres. Desarrollo de la doble relidad del sexo y del género". Ed. Pirámide. Madrid.
Marina, J.A., López Penas, M. (1999): "Diccionario de los Sentimientos". Ed. Anagrama. Barcelona.
Población, P. (1999): "La Antinomia Amor-Poder" pgs. 215-237. en "Psicodrama y otras Psicoterapias". XV Reunión de la Asociación Española de Psicodrama. Barcelona.
Madanes, C. (1993): "Sexo, amor y violencia". Ed. Paidos. Barcelona.
Zillman. (1994) en Vallejo Ruiloba, J.: "Introducción a la psicopatología y la psiquiatría". Ed. Masson-Salvat. Barcelona.

le

".

)-
a

a

CAPÍTULO 3

PSICODRAMA MENORES Y FAMILIA

JAVIER LÓPEZ – NATALIA ORTEGA

Alumnos de 5.º de Psicología

RELIGACIONES Y PSICODRAMA EN NIÑOS. IMPRESIONES DE UNOS YOES AUXILIARES "NOVATOS"

Hemos tenido la oportunidad, y la dicha personal y profesional, de realizar en "Villa Paz" una experiencia de Psicodrama con niños tutelados por la Comunidad Autónoma de Madrid. Se trata de un centro coordinado por las religiosas "Hijas de la Caridad".

Teodoro Herranz, psicólogo clínico del centro, fue nuestro director psicodramático. Desde aquí queremos agradecerle la labor que nos ha permitido desempeñar. Realizamos intervención psicodramática individual (un niño de 9 años) y grupal (cuatro niños de 11-12 años). Trabajamos un equipo configurado por el director y tres yoes auxiliares, dos varones y una mujer. Para los arriba firmantes era el primer acercamiento al psicodrama, por lo que nuestras impresiones pueden considerarse como unas observaciones producidas desde la novedad y en ese sentido "novatas".

Las sesiones, en su estructura, técnicas empleadas y objetivos vinieron a ser muy similares en todas las ocasiones; a saber, le pedíamos al sujeto o sujetos que representasen con nosotros (el terapeuta director y los yoes auxiliares) alguno de los acontecimientos que les preocupaban o conductas disrruptivas que les habían ocurrido recientemente o hechos que les inquietaban, para que pudieran tomar distancia de ellas y adoptar unas conductas algo más adaptativas.

Somos sabedores de que en las sesiones psicodramáticas podemos disfrutar de cambios, pero de un modo muy restrictivo. En el aquí y ahora de las dramatizaciones, conseguíamos cambios, pero no sabíamos con certeza si se estaban estableciendo "los cambios". Solamente se abría la posibilidad de cambiar para estos niños, se les abría la puerta a un aprendizaje emocional de que pueden vivir de

otro modo y de que merece la pena vivir de otro modo. Y aunque los cambios no sean sino fruto de un largo camino, "vamos de comienzo en comienzo, por comienzos siempre nuevos", pudimos ver cómo para algunos sujetos los cambios en terapia se correlacionaban con cambios en su vida diaria. En algunos menores comenzaron a producirse esos cambios generales que buscamos con la terapia.

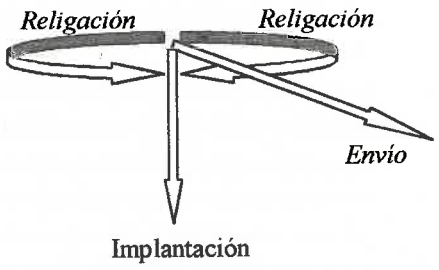
En las sesiones intervenimos primero con Manuel, con una historia de abandono físico y afectivo, además de malos tratos de toda índole. Él, aunque muy afectuoso, está "catalogado" como un niño que reproduce las conductas de violencia aprendidas en la familia. Así, son constantes los conflictos en el colegio al que acude desde finales del curso académico 98-99 y su educadora en la casa hogar está "un poco cansada con él". En un segundo momento intervenimos con cuatro niños de 11 y 12 años: Basilio, Josué, Jaime y José, estos dos últimos hermanos. También ellos son niños con ciertos problemas emocionales y de conducta. Su problemática familiar, distinta en cada caso, pero siempre dramática, les ha llevado a vivir en un centro de acogida para menores. Los nombres de los niños del artículo no se corresponden a la realidad, con el objetivo de salvaguardar su intimidad.

1. IMPRESIONES SOBRE LA DINÁMICA PSICODRAMÁTICA DESDE UNA TRIPLE PERSPECTIVA

La posición de yo auxiliar nos permitió observar, participar y sentir la dinámica del Psicodrama, tanto individual como grupal. Tenemos unas impresiones, unas intuiciones, no unas certezas, de lo que ha sucedido en nuestras sesiones psicodramáticas, pero que pensamos que probablemente suceda de manera habitual en todo Psicodrama.

Así pues, tenemos la osadía de presentar una propuesta sobre lo que como yoes auxiliares "novatos" pensamos que sucede en los participantes de nuestras intervenciones psicodramáticas. Creemos que a unos niños tutelados por la CAM, con una familia ausente, o que les ha violentado, o agredido, este tipo de terapia les está ofreciendo una matriz, una estructura para la vida, para ser persona. Esto puede parecer una idea simple, pero posee una enorme potencia para entender lo que sucede en el Psicodrama.

Ofrecer una estructura a unos niños en cierta medida desestructurados fue el objetivo de nuestros encuentros, pero ¿qué estructura ofrecimos? En los psicodramas se trabajó una triple dimensión ya que pensamos que todas las personas nos estructuramos en tres notas fundamentales: implantación, religación y envío.



Hemos tomado esta terminología de X. Zubiri, el cual desde el principio de su obra desarrolla un análisis existencial positivo del ser humano. Numerosos pensadores consideran que el hombre se encuentra arrojado sobre el mundo, sin raíces, ni principio sustentante. Está sólo, nadie cuida de él, se encuentra abandonado y presa de la angustia[1]. Sin embargo nuestro autor considera que el humano está implantado, enviado y religado. Así, el hombre puede estar en la realidad de manera posibilitadora y capacitadora, personalizadora, liberadora, fruitiva y feliz. Somos sabedores de que no reproducimos el pensamiento zubiriano de manera ortodoxa, sino más bien todo lo contrario, pero su terminología nos sirve como punto de partida para nuestro propio pensar[2].

Todos nosotros, y evidentemente también los muchachos de nuestras intervenciones, necesitamos estar implantados, religados y enviados. El psicodrama posibilita trabajar esta triple perspectiva humana:

---

[1] Esta antropología desencantada se puede observar en pensadores de la talla de Heidegger, M. (1997) El *ser y el tiempo*. Madrid: FCE. Sartre (1993). *El ser y la nada*. Madrid: Altaya. Una visión limitadora de las posibilidades humanas se encuentra en el mismo Skinner, B.F. (1968) *Walden dos*. Barcelona: Fontanella. Idem (1986) *Más allá de la libertad y la dignidad*. Barcelona: Martínez Roca.

[2] Quien desee un acercamiento fiel al esquema antropológico de Zubiri puede consultar alguna de las obras que referimos a continuación: Zubiri, X. (1984) La realidad humana. En X. Zubiri, *El hombre y Dios*, 15-88, Madrid: Alianza editorial. Idem (1992) *Sobre el sentimiento y la volición*, 402-405. Madrid: Alianza editorial. Pintor Ramos, A. (1994) *Realidad y verdad. Las bases de la filosofía de Zubiri*, 120-121, Salamanca: UPSA. Fowler, T. R. *Introducción informal a la filosofía de Xavier Zubiri. http://204.253.176.4/general/spanishinformalintro.htm*. En la Fundación Xavier Zubiri (c/ Nuñez de Balboa, 8. 28001 Madrid. Tlfno: 91 431 54 18) funciona una biblioteca y un centro de documentación sobre el pensamiento de este pensador vasco.

a. implantación. Los hombres no vivimos arrojados en el mundo, sino que precisamos de un fundamento que nos acune, asegure y alimente. De hecho, necesitamos un asidero, un lugar o base segura, un sostenimiento. Se nos hace imprescindible experimentar la seguridad esencial que el bebé siente en el regazo de su madre. Como el árbol se arraiga poderosamente en el humus de una tierra que le acoge, sostiene y alimenta desde su raíz, así necesita el ser humano desplegar su existencia sobre un cimiento que le afirme. Desconocemos los contornos precisos de ese sostenimiento pero necesitamos sabernos implantados en la existencia. Quizás sea más preciso decir que necesitamos sentirnos implantados.
b. religación. Nos relacionamos con las cosas, con la naturaleza y con las personas. Nos relacionamos con "lo otro" y con "los otros". La vida es presencia y compañía, existencia compartida. No somos islas[3]. Pero no todas nuestras relaciones son iguales. Existen algunos lazos de los que no podemos escapar aunque lo intentemos. Son unos lazos que no podemos ignorar aunque lo queramos. Son unas relaciones esenciales, a las que nosotros llamamos religaciones. Las religaciones se nos imponen con cierta fuerza, pero son las que nos posibilitan y actualizan, nos lanzan a ser con más fuerza.
   Pensamos que las religaciones se restringen esencialmente a ciertas relaciones con familiares (padres) y con personas relevantes en nuestra historia. Son esas relaciones que influyen, que resultan decisivas, en nuestro desarrollo, querámoslo o no. Por eso pensamos que es adecuado denominarlas religaciones. No son meras relaciones, son unas relaciones inescapables, bidireccionales y constitutivas de lo que somos.
c. envío. El ser humano no es algo estático, sino que tiene una misión, un trabajo, un camino que le ayuda a ser más él mismo. Nuestros quehaceres y lo que nos gustaría hacer, es decir, nuestras ilusiones, definen y construyen nuestra propia vida.

---

[3] Evocando un famoso verso de J. Donne con el que Thomas Merton quiso titular uno de sus mejores libros. Merton, T. (1956) *Los hombres no son islas*. Buenos Aires: Ed. Sudamericana.

Nos encontramos enviados a realizar diferentes tareas y ellas nos configuran.

En las distintas sesiones psicodramáticas con niños hemos experimentado la aparición de estas tres dimensiones. En diferentes momentos han surgido estas tres notas, que no son independientes sino que están interrelacionadas de tal manera que si una está dañada se ven afectadas las otras dos.

Pensamos a nuestros muchachos y a toda persona humana como una unidad con tres dimensiones diferentes pero no desligadas. Si consideramos cada una de estas tres notas de manera aislada incurrimos en un error. Así, la mera implantación podría interpretarse de un modo estático y pasivo: basta con ser como un árbol en la tierra, como un niño sostenido por su madre... La mera religación podría hacernos olvidar nuestra unicidad: somos nosotros mismos, únicos, distintos e irrepetibles; aunque vivamos en medio de una multitud de personas, y en relación con unas personas esenciales para nosotros, no nos confundimos con ellas. Y si sólo nos consideramos como misión podríamos pensarnos como un héroe afanoso, desbordado por el trabajo, sin meta ni descanso.

Todos nosotros somos una unidad configurada por esta triple dimensión que nos constituye, que nos hace ser persona. Es decir, lo que somos y cómo nos comportamos está determinado por la manera en la que estamos implantados, religados y enviados.

2. NUESTROS NIÑOS EN CUANTO IMPLANTADOS, RELIGADOS Y ENVIADOS

En ocasiones, los niños de nuestros psicodramas parecen no estar implantados en ningún lugar. Dan la impresión de vivir sus religaciones desde una posición de desencuentro en lugar de desde un encuentro constructivo. Es por ello por lo que por momentos se encuentren sin rumbo, sin una misión propia. Desasidos y con dificultades en las relaciones esenciales, no se sienten llamados a ninguna misión propia. Veamos ahora una por una estas tres dimensiones.

2.1. Su implantación

A lo largo de las distintas sesiones psicodramáticas, los niños con los que hemos trabajado dan la impresión de vivir a la intemperie, desasidos e inseguros. No hablan, ni muestran indicios de tener o haber tenido personas, situaciones o lugares en los que se encuentren enraizados.

Son unos sujetos que muestran una gran movilidad, un cambio constante, una agitación considerable, tanto a nivel físico, como emocional y cognitivo. Pasan rápidamente de una actividad a otra, no parecen poder estar quietos ni permanecer en una misma actividad durante mucho tiempo. Esta inquietud, movilidad, curiosidad por conocer cosas nuevas, búsqueda de protagonismo... pueden parecer características normales de todo niño, pero en nuestros muchachos esta agitación motora se une a una intranquilidad emocional y cognitiva. A ratos están contentos, rápidamente se enfadan unos con otros, o con nosotros, enseguida vuelven a ser "amigos" de todo el mundo ... en definitiva un cambio constante. Desde el punto de vista cognitivo hablan con rapidez, se interrumpen unos a otros, dicen algo en cuanto se les ocurre, expresan lo primero que piensan... por lo que también aquí nos encontramos con una gran agitación.

Todo este movimiento se entiende un poco mejor si lo consideramos como fruto de una falta de implantación. Cuando uno no tiene un lugar en el mundo, cuando no se tiene nada ni nadie con quien encontrarse seguro, es "normal" que se vaya de un lugar a otro sin cesar. Pasar de un estado emocional a otro, de una actividad a otra, de un pensamiento a otro es la mejor solución que nuestros niños encuentran al hecho de no sentirse suficientemente enraizados en ningún lugar seguro y nutriente.

Aunque parezca paradójico el cambio constante es lo único que les ofrece una cierta estabilidad. Cuando no se puede estar tranquilo en ninguna posición, los cambios nos hacen olvidar esta carencia y nos otorgan una cierta identidad. Si no se tiene un sitio acogedor donde permanecer, el cambio de un lugar a otro evita que nos sintamos expulsados, arrojados o simplemente a disgusto en esos lugares que nunca acaban de ser nuestros del todo.

Normalmente es la familia y el afecto de las personas cercanas quienes facilitan nuestra implantación en el mundo. Las familias de

estos niños no les han facilitado la implantación, el sentirse seguros y sostenidos. De hecho en las distintas sesiones psicodramáticas nuestros muchachos o no mencionan a sus familias o las presentan de una manera totalmente irrealista, como si fueran unas familias ideales, donde todo es perfecto. Sin embargo lamentablemente, los datos de realidad nos ofrecen una visión bastante distinta de su situación familiar.

En las distintas sesiones psicodramáticas hemos sentido que estos niños se encuentran a la intemperie. Son frágiles pese a su aparente fortaleza, delicados pese a sus muestras de rudeza, necesitados de afecto pese a su aparente indiferencia hacia los demás.

2.2. Su religación

Mal implantados en el mundo, nuestros niños presentan unas insuficientes e inadecuadas relaciones esenciales. Ellos, como toda persona humana, son seres religados. Esto implica que la religación para el ser humano no es algo que se tiene, sino que se es. Es decir, no se tienen relaciones esenciales, sino que se es gracias a esas relaciones esenciales.

Vivimos en una cultura narcisista. Entendemos a los demás como un objeto y nos entendemos a nosotros mismos como el centro indiscutible de todo. Si los demás son un objeto a nuestro servicio pueden ser prescindibles. Sin embargo nosotros pensamos que la religación es algo constitutivo de todos los hombres y no algo adventicio o coyuntural. Nuestros niños no pueden prescindir de algunas religaciones que influyen en su desarrollo: las relaciones paternas con ellos, las relaciones de afecto de personas importantes a nivel emocional...

Cuando pensamos a estos niños en cuanto religados, debemos evitar dos excesos: la una concepción individualista que ignora la presencia y las demandas de los demás, y, por otro lado, la de una visión grupalista que renuncia a la unicidad de los sujetos. Sin caer en el exceso de reducir a los muchachos de nuestros psicodramas a la infracategoría de pieza global, anónima, reemplazable... creemos que solo se constituirán plenamente en virtud de sus religaciones. No pueden alejarse, huir u olvidar ciertas relaciones esenciales. Esta es una de las tareas que tienen que acometer.

Nuestros niños dependen, como toda persona, del cariño, respeto y amor de aquellos con quienes se hallan religados; como ya hemos indicado, familiares y personas importantes en sus biografías fundamentalmente. En lugar de amor han encontrado en la contraparte de sus religaciones, las más de las veces, indiferencia o violencia, por lo que han fracasado en su construcción emocional. Se interrumpió en nuestros muchachos el crecimiento emocional gradual pues no dispusieron del seno de una adecuada comunicación interpersonal necesaria para hacerlo.

Tener unas religaciones no constructivas ha afectado a su desarrollo.

Podemos decir que las religaciones son esenciales para nuestro crecimiento emocional, que no podemos olvidarnos de ellas aunque lo queramos, que necesitamos de su cariño y entrega, que no son muy numerosas esas relaciones a las que podemos denominar religaciones y poco más. Las religaciones de estos niños, como las de cualquier persona, siempre son algo misterioso (de difícil explicación, parte arcana de nuestra naturaleza...) y mistérico (acontecimiento de la historia que ilumina nuestra peripecia humana global, signo de lo que somos...).

2.3. Su envío

Estos muchachos no parecen sentirse enviados a cosa alguna. Viven en la más radical actualidad, sin proyectos de futuro, en un absoluto aquí y ahora. Dan la impresión de no tener ilusión por las cosas que pueden ir consiguiendo: tener un trabajo que les guste (ej. ser de mayor bombero, astronauta, profesor, etc.), aprender cosas en el colegio, conseguir un puesto en el equipo de fútbol, hacer alguna actividad diferente durante las vacaciones (ej. ir de viaje, salir al monte, visitar a alguna persona...), etc.

Notamos en ellos la ausencia de metas tanto a corto como a largo plazo. No sólo no piensan ni se ilusionan con lo que pueden ser o hacer cuando sean mayores, sino que tampoco se sienten atraídos por logros más inmediatos como lo que van a hacer dentro de unos días o dentro de unas semanas en el colegio, en el hogar o en cualquier otro sitio.

Probablemente la ausencia de implantación, la carencia en la religación y las ilusiones truncadas desde muy temprana edad les ha-

ga muy difícil ilusionarse de nuevo con algo o con alguien. Cuando una vez tras otra han visto que sus anhelos, deseos e ilusiones eran cortados de raíz, se han visto empujados poco a poco a la desconfianza respecto al futuro.

Sus ilusiones básicas de tener una familia que les quiera, les proteja, les eduque, les mime y les acompañe han ido poco a poco desapareciendo. Y de esta manera la confianza básica en sí mismos y en el futuro se ha ido progresivamente cambiando por desconfianza.

Estos niños tienen difícil sentirse enviados a algo, confiar en sus posibilidades presentes y futuras ya que la mayoría de los mensajes que han recibido han sido de desatención, descalificación, amenaza o agresión. Cuando alguien se siente amenazado o rechazado lo único que le preocupa es defenderse de las agresiones o descalificaciones que muy probablemente se van a repetir de nuevo en el futuro.

Durante las sesiones psicodramáticas pudimos observar esta ausencia de proyectos y esta desconfianza básica en:

- La ausencia de comentarios sobre ilusiones o metas futuras.
- La dificultad para considerar que tenían buenas ideas que aportar durante los encuentros terapéuticos. No resultaba sencillo que estos niños propusieran el guión a seguir, el tema a abordar, las escenas a representar, el esquema de lo que podíamos hacer en sesión. Normalmente pedían que el director del psicodrama o los yoes auxiliares propusiéramos cualquier plan a realizar para ellos aceptarlo o rechazarlo. Nuestros muchachos tienen dificultades para creerse con buenas ideas, así como para planificar.
- Lo trabajoso que resulta para ellos hablar del futuro, e incluso anticipar el futuro, lejano o inmediato (ej. tienen dificultades para expresar lo que van a hacer durante un período vacacional próximo: puente en el colegio, Navidades...).

Nada parece entusiasmarles de manera especial. Sus ilusiones futuras suelen limitarse tan solo a un asunto: tener cosas materiales. Se muestran ilusionados por una bici que les van a comprar, por una videoconsola que les van a dejar, por unas nuevas zapatillas que les van a regalar...

Además, fantasean sobre lo que van a disfrutar en el futuro con estas cosas, pero nunca planean cómo pueden ellos con su esfuerzo

conseguirlas. Esperan que se las compren otros, que se las regalen otros, sin pararse mucho a considerar qué pueden ellos hacer para contribuir a conseguirlas. De algún modo cabe decir que esperan conseguir estas cosas que les "ilusionan" sin que ellos tengan que esforzarse en algo para conseguirlo, sin sentirse enviados a hacer algo con lo que aportar su granito de arena.

Hasta ahora nos hemos detenido en analizar cómo el pasado y el presente de estos niños influyen sobre su carencia de proyectos futuros. Pero también podemos analizar esta cuestión en sentido contrario. Es decir, creemos que la ausencia de sentirse enviados a realizar algo en el futuro repercute sobre su estar en el presente.

El no tener metas hace que vivan en la inmediatez, que sean unos niños de mucha acción y poca reflexión. ¿Para qué van a esforzarse en hacer algo con excesivo cariño, con esmero o para qué renunciar a lo que les apetece en ese momento si no hay más futuro que el presente?

3. EL CAMBIO SIEMPRE ES POSIBLE

Parece que de momento hemos presentado una visión un tanto negativa de la situación en la que se encuentran los niños con los que intervenimos psicodramáticamente. Lejos de condenar comportamientos o situaciones, o de caer en el derrotismo negativista, queremos señalar los progresos observados en los distintos muchachos. Unos progresos, unos cambios, que han venido precedidos de trabajar en las sesiones sus relaciones importantes: con sus familiares, maestros, educadores y amigos.

Nadie vive para sí mismo. Construir fortalezas inaccesibles no es nada constructivo. Sobre esta consideración, tan enraizada en la experiencia cotidiana como reafirmada por la corriente humanista de psicología, trabajamos una y otra vez en nuestros psicodramas. Si en algo insistimos en nuestras sesiones psicodramáticas es en las relaciones. Estamos religados con otras personas y nuestros niños deben saber vivir estos vínculos de manera sincera y constructiva. Pues no pueden encontrar su propia realización si se olvidan o descuidan estas religaciones. Y es desde aquí cómo también trabajamos su sentimiento de seguridad (implantación) y sus ilusiones futuras (envío).

Que nuestros muchachos sean más ellos mismos es el primer analogado: el valor por excelencia que se trata de tutelar, de respetar y de promocionar. Se propone por parte de los terapeutas psicodramáticos el siguiente mensaje dirigido a los niños de las sesiones:

1.º Sé que tú puedes ser más tú mismo.
2.º Para eso hacemos psicodrama.
3.º Como sé que te cuesta esfuerzo, reconozco todos tus pequeños logros.

Una actitud de cálido aprecio e interés por estos niños (acostumbrados al desprecio y desinterés), por *su* bien por *su* felicidad, por *su* desarrollo... contribuye notablemente al cambio.

Esta actitud nos hace permanecer alertas ante cualquier signo de bondad, de capacidad, de destreza, siendo incluso capaces de descubrir y adivinar valores aún latentes en los niños. Una actitud que inspira pocas palabras, algunos gestos y numerosas acciones. Todo esto ayuda a los niños a descubrir y utilizar sus propios recursos, a confiar en sí mismos, a relacionarse de una manera constructiva, a tener ilusiones, a disponer de proyectos y a desarrollarse cada vez más y mejor. Y todo ello con paciencia, benevolencia, con cierto rigor y límites, pero dando libertad, alentando y animando, sosteniendo y apoyando... Y cuando parece oportuno y provechoso, las menos de las veces, corrigiendo.

El psicodrama ofrece un marco desde el que trabajar y reparar situaciones conflictivas. Tratamos de ofrecer caminos por los que puedan discurrir en compañía. Buscamos construir juntos una confianza básica para hincar, como en tierra firme, los asideros sobre los que construir su presente y su futuro.

Desde una posición de encuentro, y no del que sabe más o puede más que ellos, asistimos asombrados a los progresos de los muchachos. Podemos decir que durante los psicodramas comprobamos que no somos esclavos de nuestra autobiografía (penosa y difícil en el caso de los niños de nuestras intervenciones) sino de cómo pensamos y sentimos nuestra biografía pasada, presente y posible. El pasado no nos atrapa, no nos inmoviliza, **EL CAMBIO SIEMPRE ES POSIBLE**. El futuro, construido desde el presente, es algo que en gran medida se encuentra en las manos de cada uno de nosotros. Esto, poco a poco, a lo largo de nuestra corta pero enriquecedora experiencia lo hemos ido

comprobando. Con ello queremos decir, que el progreso de nuestros muchachos también lo hemos percibido cuando cada uno de ellos se iba haciendo consciente de que su mejoría en la triple perspectiva (implantación, religación y envío) la iban a ir construyendo desde el presente y poco a poco, y siempre junto a una mano amiga que les iría levantando en las caídas más difíciles.

Tenemos que añadir que lo bonito de estos cambios, era la marcha que llevaba cada uno de ellos, cómo cada muchacho ha ido progresando a su ritmo, cómo eran capaces de ir construyendo un futuro poco a poco y desde su propia óptica. Al igual que ha sido muy enriquecedor poder comprobar cómo algunos de los muchachos se resistían más al cambio, pues su autobiografía pasada aún les pesaba de manera considerable, y por ello sus pasos han sido más pequeños, pero igual de valiosos.

Consideramos que lo maravilloso de todo esto es la capacidad y fortaleza que tienen estos chavales de salir adelante, de poder ver un futuro y, sobre todo, de volver aprender que son capaces de amar y de recibir amor. En este sentido, la lección magistral nos la dieron a los yoes auxiliares "novatos".

4. NUESTRA VIVENCIA DE ESTE CAMBIO

En primer lugar hemos de decir que la experiencia ha sido maravillosa a nivel personal y a nivel profesional. No queremos decir que todo ha sido bueno y sin problemas, porque lo que sí que es cierto es que trabajar con estos muchachos ha sido duro y difícil. Duro por el sufrimiento que percibes en estos niños, puesto que la historia de su pasado pesa mucho en sus emociones y en su conducta. Y difícil por lo poco accesibles que se muestran al principio, por la proyección que irradian en ti de figuras de su pasado con las que la convivencia no fue fácil, con lo que hacen que la relación contigo sea fría, distante y de desconfianza, en un principio. Pero a pesar de todo ello el balance final ha sido muy positivo, puesto que el trabajar con ellos ha sido muy gratificante porque cada sonrisa que te dedican compensa todo lo anterior.

Es poco tiempo el que pasamos con ellos, pero se creó un gran vínculo entre todos nosotros, e incluso la frialdad con la que nos re-

cibieron se transformó en una tierna despedida. Los muchachos nos cogieron cariño y nosotros a ellos, ya que en los momentos de trabajo estaban recibiendo parte del cariño del que habían sido deprivados años anteriores. Era bonito ver cómo ellos sabían que estábamos ahí para ayudarles, y verdaderamente lo agradecían, ya que en sus vivencias anteriores casi nadie les quiso ayudar, y lo que mayoritariamente recibieron fueron rechazos afectivos.

Ha sido una experiencia en la cual la implicación personal ha sido muy grande. Los muchachos te enseñaban mucho sin que ellos lo hicieran de forma consciente. Te ayudaban a revivir tu infancia y recordar aquellos aspectos de ésta que fueron importantes para ti, tanto los positivos como los negativos. Por esto podemos decir que en ocasiones, nuestro rol de yo auxiliar se transformaba en rol de niño: el niño que todos llevamos dentro. Esto facilitaba la ejecución de la acción del psicodrama. Dejaba vislumbrar las proyecciones de cada uno. Facilitaba el acercamiento a los muchachos. Y, en definitiva, se intentaba conseguir mejorar sus implantaciones, sus religaciones y los envíos de cada uno de ellos.

Nos parece acertado trabajar con niños de edad temprana, pues dicha intervención puede atajar problemas más severos que podrían desencadenarse en el futuro.

Como es lógico los cambios y mejorías necesitan de tiempo y de buena disposición de los muchachos, por lo que los cambios tampoco fueron asombrosos. Pero lo que queremos recalcar es que cualquier pequeño cambio en ellos ya era algo maravilloso. Maravilloso puesto que se abrían nuevas expectativas y motivaba a los muchachos a darse cuenta que eran valiosos, que tenían capacidad de amar y de ser amados y, cómo no, una capacidad muy importante de poder establecer relaciones de apego, las cuales anteriormente había estado algo deterioradas. Incluso fueron ellos los que nos enseñaron aspectos de la vida que, como adultos, ya habíamos olvidado.

La soledad afectiva en la que se encontraban estos muchachos nos chocó bastante. Esto estaba incrementado por su debilidad, su carencia de medios intelectuales que les hicieran posible derivar sus emociones. Con esto aprendimos a darle más importancia a los sentimientos de los niños, que en muchos casos son infravalorados por los adultos. La interacción profunda que hemos mantenido con ellos nos ha mostrado lo contrario: los sentimientos son esenciales.

Al principio los niños no eran conscientes de que a través del juego estaban desenmascarando sus conflictos, pero a medida que iban transcurriendo las sesiones los menores iban demandando temas para trabajar que hacían, de forma indirecta, relación a su problemática. El psicodrama les posibilitó, en parte, elaborar sus conflictos y hacerlos conscientes. Les abrió la posibilidad de poder sustituir ciertos sentimientos y de poder convivir con toda su problemática de una forma más adaptativa.

IRENE HENCHE ZABALA

EL NIÑO: AUTOR Y PROTAGONISTA A TRAVÉS DEL PSICODRAMA SIMBÓLICO

INTRODUCCIÓN

Esta comunicación va a presentar un modelo de intervención terapéutica que toma el grupo y a cada uno de sus miembros individualmente, como sujeto de la misma.

Creo que es necesario tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- La creciente aparición de importantes trastornos de la afectividad y de relación, que se presentan con manifestaciones de conductas disociales, dificultades escolares, disfunciones comunicativas y alteraciones de diversa consideración en la percepción de la realidad, en la infancia y la adolescencia.
- La necesidad de dar una respuesta a las mismas, tanto desde el Sistema Educativo, como desde el Sistema Sanitario.

Entendiendo que habría muchos modelos psicoterapéuticos valiosos, voy a resumir el Método Simbólico de Psicodrama, que ha sido desarrollado en los contextos educativo y clínico, con resultados alentadores.

Me centraré en el Psicodrama Simbólico Terapéutico, por ser la modalidad de este Método más abarcativa, y porque considero que los trastornos citados necesitan una respuesta terapéutica y no sólo educativa, incluso dentro del Sistema Educativo.

EL PSICODRAMA SIMBÓLICO TERAPÉUTICO

Para dar a conocer este modelo terapéutico voy a tomar como referencia el desarrollo del Proyecto de Investigación y de Docencia que tuvo lugar en el Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid, del que fui coordinadora, durante los cursos 1992-93 y 1993-94.

En la actualidad, se sigue desarrollando en el Hospital Clínico, un grupo terapéutico de Psicodrama Simbólico, cuyos miembros son sujetos preadolescentes, derivados de Psiquiatría Infantojuvenil y de Pediatría.

MARCO DE PARTIDA

1. El Psicodrama como vía de comunicación total y por tanto de interiorización, expresión, transformación, reconstrucción y construcción del mundo interior, del sí mismo en niños y adolescentes.
2. Los contenidos simbólicos como material privilegiado para contactar con los propios contenidos, individuales, grupales, familiares, conscientes e inconscientes, así como para comprenderlos, aceptarlos, transformarlos, educarlos y generar nuevos contenidos de manera artística.
3. Los cuentos de hadas como contenidos iniciáticos de un proceso de crecimiento, en el que los participantes, a través de unas fases adecuadamente secuenciadas, crearán su propio universo simbólico, vivencial.

HIPÓTESIS

- La creatividad, el arte y la belleza son en sí mismos vías terapéuticas y reconstructivas.
  No surgen espontáneamente, aunque sea muy valiosa la potenciación de la propia espontaneidad, sino que requieren un proceso de ayuda y educación.
- El contacto emocional y vivencial con los propios contenidos de diversa índole, así como su expresión, conocimiento, trans-

formación y génesis de nuevos contenidos libremente elegidos, es una condición sine qua non para el crecimiento psíquico y la interiorización de valores genuínos, así como para la mejora del autoconcepto y la autoestima, variables fundamentales en la persona saludable.

- La vivencia y experiencia de pertenencia a un grupo, la evolución del mismo, las interacciones que tienen lugar en ese ámbito, guiado con una buena coordinación grupal por un director de grupos conocedor de la psicología y dinámica de los mismos, así como de la conducción y técnicas más idóneas para promover grupos autónomos, de liderazgo compartido, favorecen la competencia social, las conductas prosociales, las habilidades sociales y la inteligencia emocional, siendo además de terapéutico un espacio óptimo de prevención.
- La reconstrucción del propio guión de vida, como el resultado del cambio producido en el presente, que se trasladará al futuro.

LA FORMACIÓN DEL GRUPO

CRITERIOS:

- Grupo de seis a doce participantes
- Homogeneidad en la etapa evolutiva socioemocional, dos años de diferencia máxima en edad cronológica.
- Heterogeneidad en las variables socioculturales, de personalidad y sexo.
- Trastornos predominantemente socioemocionales, vinculares, de diversa índole y gravedad, (sea cual fuere su manifestación).

ETAPAS DE FORMACIÓN DEL GRUPO

ETAPA PREGRUPAL

En el caso específico del grupo del Hospital Clínico, se hizo una selección previa por parte del director de la Unidad de Psiquiatría Infanto juvenil, según estos criterios.

Posteriormente esta autora, llevó a cabo una serie de entrevistas individuales con cada uno de los niños y niñas seleccionados, en las

que se les aplicó el Test de Rorschach y se hizo la evaluación específica del Método Simbólico a través de los Cuentos.

La evaluación psicológica a través de instrumentos propios del Psicodrama Simbólico es una parte importante de lo que denominamos Etapa pregrupal, en la que se familiariza a cada participante con el tipo de trabajo que se va a desarrollar, y se permite su conexión propia y personal con este universo de significado de los cuentos. El sujeto es informado de que va a entrar a formar parte de un grupo de niños y niñas de su edad, en el que va a poder expresar, relacionarse, jugar, realizar dramatizaciones de cuentos de hadas, todo ello encaminado a que mejoren las dificultades que pueda tener.

Se le pide que elija el cuento de hadas, (dándole información para que su elección recaiga efectivamente sobre un cuento de hadas, es decir clásico, con elementos mágicos, aunque no aparezcan hadas, un cuento de los que cuentan los padres o abuelos etc.), el cuento de hadas que más recuerde y que le interese más por el motivo que sea, por ser el que más le gusta, o el que menos, o porque le da miedo etc., destacando siempre los aspectos emocionales conectados al cuento.

También se puede ofrecer al niño la posibilidad de elegir entre los doce cuentos investigados en profundidad por el Método, recordándolos con él o dándoselos a conocer.

Una vez elegido su cuento, el sujeto sabe que entrará a formar parte del grupo, junto con los cuentos de los demás niños y niñas.

Este proceso tiene lugar mediante una serie de entrevistas individuales.

Estas entrevistas individuales constituyen una parte clave de la etapa pregrupal.

Al finalizar las mismas, cada uno de los sujetos ha elegido su cuento, de manera que el primer día de grupo, cada uno lo aporta al mismo.

El grupo se inicia con los cuentos elegidos por todos los niños y niñas participantes.

Desde el primer día de grupo, en que comienza la Etapa Inicial del Grupo de Psicodrama Simbólico, se va a realizar un trabajo psicodramático, siguiendo este proceso:

1. Presentación de los miembros del grupo, incluido el Equipo Terapéutico.

(En el caso del Grupo de Hospital Clínico, además de un Yo Auxiliar, una Observadora y yo misma, en el rol de Directora Psicodramática, había un grupo de profesionales de la Salud Mental, que observaban a través del espejo unidireccional, psicólogos y psiquiatras de la Unidad, y otros profesionales de otros equipos que acudían para recibir formación en este Método.)
Los niños eran informados de este particular.

2. Recuerdo sobre la información acerca del encuadre de la actividad, horario, periodicidad, vacaciones, duración de la sesión, sesiones complementarias con las familias, sesiones complementarias de trabajo artístico con los materiales producidos en las sesiones. (esta información ya se ha dado a los niños y niñas y a sus familias).
3. Explicitación de las normas y límites que deben respetarse y tenerse en cuenta en las sesiones.

Una vez realizada esta primera fase de la primera sesión, se pide a cada niño y niña que dé el título del cuento elegido por cada uno.

El grupo, una vez oídos todos los cuentos, y aunque haya elementos de los mismos que desconoce o no recuerda bien, es invitado a decidir, intuitivamente, por considerar que en ese momento es el más adecuado, el cuento con el que desea comenzar a trabajar, sabiendo que a lo largo del proceso va a haber tiempo para trabajar con todos los cuentos del grupo, y que cada cuento dispondrá de dos o tres sesiones.

De este modo, de una manera acordada grupalmente, se inicia el proceso grupal con el cuento elegido en primer lugar.

PROCESO GRUPAL:

ETAPA INICIAL: ETAPA DE INMERSIÓN EN EL UNIVERSO DE LOS SÍMBOLOS

PRIMERA SESIÓN

Con el contenido de este primer cuento, se inicia la etapa grupal de la siguiente manera:

El EquipoTerapéutico cuenta el cuento de nuevo, creando un clima de relajación, escucha, motivación y atención.

Se transmite una versión de la mayor calidad posible, siguiendo las indicaciones de las características de una buena versión. Hay que destacar que para dar a conocer una versión de auténtica calidad, se necesita un conocimiento profundo de los símbolos y su interpretación, y unas habilidades comunicativas y dramáticas muy bien desarrolladas y de calidad, para transmitir tanto analógica como digitalmente los contenidos del cuento con la mayor pureza y amplitud posibles, para que permitan conexiones originales de los participantes del grupo.

A los niños se les introduce la actividad de contar el cuento, con esta información:

- Vamos a contar el cuento para que todos lo conozcáis
- Seguro que tenéis distintas versiones de este cuento, quiero contaros ésta para que la podáis apreciar también.

En ningún momento se desestiman las versiones traídas por los niños, aunque podamos apreciar elementos muy deformados por la subjetividad particular de los adultos que se los han contado, por la televisión o las películas de Walt Disney.

Al rescatar el cuento de la manera más completa y genuina posible, los niños descubren elementos valiosísimos de los cuentos, tal vez sepultados en el olvido, los acogen y los utilizan como vehículo para expresar sus deseos, miedos, experiencias, emociones y tantos matices de su mundo interior, pues son muy sensibles a elementos de verdadera calidad, siempre que se les ofrezcan y se cree el contexto adecuado para expresarse a través de ellos, es decir, un interlocutor que los conozca y comprenda. Como diría Jung, ***podemos escatimar a los niños el conocimiento de los símbolos y de los mitos, pero no su capacidad para crearlos***; y yo añado, ni su capacidad para descubrirlos si se les ofrecen.

Después de contar el cuento, invitamos a cada participante a elegir una escena del mismo, la que desee, por tratarse de la que ha suscitado mayor interés en él.

Se le pide que la elija mentalmente y la retenga antes de contárnosla, en esta primera fase, indicándole que sea una escena del cuento que le hemos contado (puesto que se trata de una fase de in-

mersión y no se alientan aún las transformaciones, el juego es "el cuento tal y como es").

Una vez visualizada esta escena, se pide que le pongan un título original, tratando de que sea un título inventado, que no sea imitación de ningún otro título ni frase. El título se le pone a la escena de una manera intuitiva. De esta manera se está estimulando desde el principio, la creatividad y originalidad de cada sujeto, aunque se le indique que trabaje con un material ya creado.

Hay que destacar que sólo el hecho de seleccionar una escena es ya un acto de creación y de identidad en el que entran en juego muchas variables.

Una vez puestos en común los títulos de las escenas y contadas aquellas que sus autores deseen, se procede a elegir por el grupo la que desea dramatizar en esa sesión.

De este modo, en este momento tenemos:

ESCENA INDIVIDUAL Y TÍTULO (de cada participante)

ESCENA GRUPAL Y TÍTULO (elegida por el grupo y que coincide con una de las escenas individuales)

Una vez elegida la escena grupal, se pasa a la fase de dramatización.

En ella se construye cuidadosa y exquisitamente el espacio imaginario o escenario, se eligen los personajes y se despliegan las técnicas psicodramáticas.

En la Etapa Inicial del Grupo y en parte de la Etapa de Desarrollo, vamos a estar trabajando con el protagonismo del grupo como globalidad aunque destaquemos y potenciemos también elementos del protagonismo individual de cada miembro. Así miraremos la escena como un espejo de la situación grupal, en primer lugar, y, por tanto de los aspectos semejantes y de encuentro entre los miembros del grupo.

De todos modos, no vamos a perder de vista el protagonismo individual del autor de la escena elegida por el grupo, cuyo hilo conductor narrativo y semántico vamos a seguir, y a quien vamos a permitir asignar los roles entre sí mismo, los demás miembros del grupo y el Yo Auxiliar.

El protagonista puede elegir a sus yo auxiliares, pero los miembros del grupo son libres de participar o no en el rol que se les asigna, no están obligados a hacerlo. Por supuesto hay diferentes roles: animados, inanimados, humanos, parahumanos, abstractos etc.

Posibilitaremos toda esta riqueza en la escena siempre que el protagonista lo apruebe. Él tendrá la última palabra con respecto a la personificación de cualquier rol no manifiesto.

ESCENA MANIFIESTA: Es la descrita literalmente por el protagonista. Para enriquecerla se le pueden hacer preguntas abiertas que respeten y realcen su autoría, pero que no introduzcan elementos nuestros.

ESCENA LATENTE: Es el significado que le damos a la escena manifiesta. Destaquemos que hay muchos niveles de significado, y que la aproximación a los mismos se realiza a través de hipótesis, que vamos completando o reconstruyendo según la información que vamos obteniendo en el relato del protagonista y en el desarrollo de la dramatización.

Dependiendo del objetivo, vamos a trabajar preferentemente con unos niveles de significado que con otros.

Esta primera sesión tiene un valor especial por tratarse del primer encuentro del grupo, en la que éste expresa de manera metafórica, a través de la escena grupal, su visión intuitiva del grupo como espacio en el que puede cumplir sus expectativas o superar sus temores. También muestra cómo percibe al Equipo Terapéutico y su concepción del crecimiento y ayuda que éste podrá posibilitarle.

Entendamos que estos mensajes se encuentran en la escena, de una manera latente.

Por lo tanto en esta primera sesión estaremos escuchando estos mensajes del grupo, y conociendo mejor a cada uno de sus miembros a través de su participación en las diferentes fases de la sesión. Esta sesión tiene un enorme valor diagnóstico y pronóstico, y hay que señalar que nuestra labor como dinamizadores y conductores que abren nuevas alternativas y posibilitan nuevas visiones se está desarrollando desde la fase pregrupal, y con enorme fuerza en esta primera sesión, cuyo poder de establecer unas reglas del juego es inmenso (de manera que nuestra intervención está recogida en el propio diagnóstico, construido en el vínculo y la interacción grupo-equipo terapéutico).

Desde el rol de director psicodramático, la postura es de respeto, calma y paciencia hacia el ritmo del grupo. En principio no queremos conseguir nada, potenciamos la autoría del grupo, él y cada uno de sus participantes son los protagonistas.

Una vez dramatizada la escena, en la que el director ha utilizado las técnicas adecuadas, según su criterio, igual que se invitó a los participantes con roles asignados a sumergirse en ellos y actuar metidos en su piel, se les indica que salgan de esos personajes, se cierra la escena y nos volvemos a sitúar en el círculo del grupo.

De nuevo en el espacio grupal, el grupo acaba la sesión en el círculo, pero después de su inmersión en la dramatización de los símbolos, en ese juego fascinante, el grupo es diferente al final de la sesión.

La tercera fase de la sesión es la del comentario grupal, en la que se invita a todos los participantes, hayan desarrollado roles en la escena o hayan permanecido como público, a expresar sus emociones, sentimientos, puntos de vista acerca de todo lo vivido en la escena.

Se desalientan los juicios de valor y se potencia la expresión emocional y las apreciaciones personales, sin que entren en comparación o rivalidad con las de los otros.

El grupo continúa su proceso, con una sesión semanal de una hora de duración. En un primer momento, estamos situados en la etapa de inmersión en los símbolos, por lo que la buena calidad de las versiones de los cuentos transmitidos, y el conocimiento profundo de la lengua de los símbolos son fundamentales. Digamos que en esta etapa se reconducen los posibles cambios de elementos genuinos de los símbolos. Todavía no se ha iniciado la posibilidad de transformar. Para transformar hay que conocer, tener modelos. Jugamos a los cuentos "tal y como son", entrecomillado porque siempre los cuentos vuelven a recrearse en cada nueva situación comunicativa en que son contados. Volvamos a recordar además que la selección de una determinada secuencia es un acto creador en el que está depositada la visión original del que la realiza.

Después en la dramatización, mediante dobles psicodramáticos el director, y la intervención del Yo Auxiliar Terapéutico podemos traer a la escena toda la riqueza de significado que posee esa secuencia desde el punto de vista simbólico.

Tras una serie de sesiones en la etapa de inmersión, cuando consideramos que el grupo posee ya modelos suficientemente ricos y

variados, y ha conectado con ese sustrato de la psique profunda, lo que Jung llama el inconsciente colectivo, y también está abierta la vía hacia el inconsciente personal, se le propone al grupo una nueva tarea: la de transformar los cuentos.

ETAPA DE DESARROLLO

En esta etapa ya de pleno en la fase de desarrollo del grupo, éste y cada participante, han aprendido a expresar sus conflictos y necesidades a través de los símbolos, y con la posibilidad de transformar, está abierta de lleno también la de transformar sus vínculos, sus puntos de vista, la de reencauzar sus emociones, la de generar nuevas opciones, la de enfrentarse a sus miedos, carencias o sufrimientos y la de crear nuevos valores en su mundo interior y en el vínculo con el grupo.

Fátima* eligió el cuento de **Cenicienta.** Era una niña de nueve años, que pasaba gran parte del tiempo que estaba en casa, sola, haciéndose ella las tareas necesarias. Sus padres estaban separados, vivía con su madre y ésta trabajaba muchas horas al día fuera de casa.

Fátima disfrutaba cuando se trabajó su cuento, durante la fase de inmersión, en la escena en que el Hada Madrina, ofrece un nuevo universo a Cenicienta, transformando elementos cotidianos en personajes que serán un vehículo para llegar a su deseo: el baile, el príncipe, el amor, la compañía. Quedaba deslumbrada con el maravilloso vestido dorado que el Hada le regalaba a Cenicienta con tan sólo un golpe de su varita mágica.

A lo largo del proceso grupal y en la fase de transformación de los cuentos, Fátima propuso la siguiente transformación:

> ***Cenicienta va a ir al baile, pero en lugar de que el Hada Madrina le dé un vestido ya hecho, ella misma lo cose porque ha aprendido a hacerlo. El vestido hecho por Cenicienta no es tan deslumbrante como el del Hada Madrina pero es también muy bonito.***

Podemos apreciar en esta transformación la madurez alcanzada por Fátima a través del proceso terapéutico, que la lleva a considerarse una persona con recursos adecuados para confeccionar ella

* Los nombres de los niños no son los auténticos.

misma su vestido (el vestido es un símbolo del yo histórico, de la autoimagen socializada, es una construcción propia). Después de haber podido experimentar la fascinación por la ayuda mágica, cálida y protectora del Hada Madrina, Fátima prefiere enfrentarse a la realidad con su verdadero autoconcepto, con la vivencia y la experiencia de una autoestima suficiente para seguir adelante en su proceso de convertirse en persona que estaba paralizado (Fátima acudió a terapia por estar en una situación de aislamiento, bloqueo emocional, inactividad, como preámbulo de una depresión infantil, y con una desmotivación y falta de rendimiento en las tareas escolares). Si no le hubiéramos permitido la compañía de Cenicienta, que en su soledad y privación es ayudada por ese Hada Madrina (símbolo de una madre buena), Fátima no habría podido construir ese sentido de la realidad y de sí misma como alguien capaz de "hacerse su propio vestido", no tan maravilloso como el del Hada (puesto que este vestido es el YO IDEAL), pero también muy bonito (lo que nos habla de que puede verse con valores y gustarse, es decir con autoestima.)

En el proceso de la etapa de desarrollo, las conexiones que los participantes van estableciendo con su mundo interior, sus vínculos, sus dificultades, sus aspiraciones, su realidad, son cada vez más transparentes y conscientes para ellos y pueden ponerle también palabras. Con la verbalización llegamos a un grado de autoconciencia y reflexión que afianza los logros obtenidos y da mayor seguridad, además de dotar al niño de importantes habilidades sociales de reconocimiento y expresión de sus propias emociones, opiniones etc. y de la capacidad de empatía para escuchar y sentir las de los otros.

Esta travesía desde lo simbólico universal hacia los símbolos individuales y grupales es un recorrido paulatino y progresivo, que los participantes van descubriendo por sí mismos, con la ayuda del Equipo Terapéutico. Recordemos que el Director Psicodramático es el Yo Auxiliar privilegiado y altamente significativo y encarna y representa a las figuras primigenias de identificación y socialización, es decir a la "madre" y al "padre", así entrecomillados porque no tienen por qué corresponderse con la madre y el padre biológicos.

Una de las cosas más importantes es que los sujetos, inmersos en este universo se sienten comprometidos, disfrutan con lo lúdico, ex-

perimentan interés y realización al sumergirse en estas significativas historias, y tener la sensación profunda de que también allí están sus historias, cada vez con más fuerza e identidad.

Uno de los indicadores que nos confirmaron la afirmación precedente fue el altísimo grado de asistencia de los niños al grupo y también su puntualidad.

Después de realizada en profundidad la fase de transformación de los cuentos, el grupo es invitado a hacer creaciones propias. Destaquemos que éstas suelen ser de gran calidad y belleza además de poseer gran significación psicológica, y que muestran rematrizaciones, reconstrucciones y nuevas inscripciones emocionales, vinculares y de contenido.

Paloma, en el último día del grupo del primer curso nos regaló con esta creación:

> ***Una niña emprendía un viaje por el bosque. Encontró muchas cosas valiosas para ella.***
> ***Entre ellas destacaban dos: unas flores de especial belleza y colorido y un manantial cuyas aguas le permitieron lavarse los ojos, porque en principio había cosas que ella no podía ver.***
> ***Después de lavar sus ojos con esta agua mágica, la niña podía ver todo y deleitarse en la belleza de esas flores.***

La propuesta que se había dado en esa sesión fue la de crear una escena que representara metafóricamente lo que cada uno consideraba que había aprendido, encontrado, vivido etc. en el grupo de Psicodrama de los Cuentos de Hadas.

TRABAJO CON LAS FAMILIAS

El grupo terapéutico de niños y niñas se enriquecía también con un grupo de padres, que tenía lugar una vez al mes. En él se orientaba a las familias con respecto al proceso que estaban siguiendo sus hijos, se compartía con ellas los aspectos que nos parecían oportunos y relevantes, en función de la información que ellos transmitían sobre la evolución de sus hijos. El grupo de padres era también un marco de contención, por un lado, y de evaluación, por otro, pues nos proporcionaba indicadores de cambios producidos en los niños en el ámbito familiar y en la escuela.

También se estableció contacto con las escuelas de algunos niños y niñas.

El Método Simbólico se enriquece con un trabajo complementario en el que los participantes del grupo realizan creaciones y trabajos escritos y plásticos, basados en los cuentos y escenas trabajados.

EL CRECIMIENTO DEL GRUPO Y DE CADA UNO DE SUS PARTICIPANTES

EL PROCESO TERAPÉUTICO

Con este Método estamos posibilitando un ámbito que posea todas las condiciones esenciales básicas para permitir un ambiente y una vinculación lo suficientemente buenos para potenciar un buen desarrollo evolutivo y unos auténticos autoconcepto y autoestima.

Desde el comienzo, se crea un ambiente de confianza y empatía y se transmite, porque consideramos que la persona, y muy en especial los niños, poseen un potencial autoterapéutico, creador y reconstructivo enorme.

La elección de los contenidos la realiza cada niño individualmente, en ella están depositados importantes elementos proyectivos de sí mismo y, probablemente de cómo ve sus dificultades y cómo espera superarlas.

Una de las cualidades de carácter más terapéutico de este Método, es la de poder simbolizar los contenidos, vínculos, valores etc. del mundo interior a través de símbolos universales recreados personal y grupalmente, vivirlo en el "como si" del universo psicodramático, contactar con ellos, conocerlos, aceptarlos, y reconstruirlos, transformarlos, enriquecerlos con nuevas inscripciones, genuinas de la propia creatividad. Por lo tanto estamos desactivando narrativas no propias, de ámbitos muy poderosos, como la familia, la escuela, la sociedad, a menudo legados de varias generaciones anteriores, y que al no poder metabolizarse, configuraron mitos, legados, deudas y profecías cuyo efecto configura en la mayoría de los casos, y con distinto grado de patetismo, la gran parte de las manifestaciones psicopatológicas, en las que como variable común, la persona no es libre, sino que su "sí mismo", está muy oscurecido y mediatizado por contenidos de los otros significativos, la persona

no es feliz, porque su autoestima está muy dañada, sus valores y su visión del mundo se encuentran enturbiados y rotos.

Al rematrizar, y esta posibilidad es mucho mayor en la infancia, la persona puede rescatar su autoestima, su creatividad y encontrar y construir sus propios valores y visión del mundo.

Este Método sumerge a sus participantes protagonistas en un viaje a través de su mundo interior, descubriendo contenidos individuales, grupales, familiares y de la especie humana, conociéndolos, extrayendo de ellos su fuerza y su sabiduría, reinscribiéndolos correctamente si estuvieran desvirtuados y pudiendo ser creador de nuevos contenidos y de nuevas inscripciones con las que vivir y relacionarse con los demás.

Es sabido que un factor poderosísimo que determina cuestiones tan vitales como la felicidad de una persona, sus valores, su gusto por la vida, las relaciones que establece, amigos, pareja, familia de procreación, la profesión y su grado de satisfacción en la misma, es lo que podríamos denominar la narrativa o guión de vida que cada persona configura y en la que él es el protagonista.

Estas narrativas o guiones hunden sus orígenes en cuatro grandes dimensiones:

- Antropológica (de la especie)
- Social e histórica (la época y sus valores y creencias)
- Familiar (el libro mayor de cada familia transmitido de generación en generación)
- Individual (la configuración original y única de cada persona)

Digamos que estas narrativas son en gran medida inconscientes, con un fuerte componente de herencia familiar y psicológica en el sentido de mitos, normas, valores, creencias transmitidos en el ámbito familiar.

Destaquemos también que con este Método estamos abordando las cuatro dimensiones, sabiendo que la verdadera rematrización debe ser individual y que las cuatro dimensiones están interconectadas, de manera que el cambio en una de ellas va a hacer cambiar a las demás.

Por ser el individuo la creación más reciente y el verdadero sujeto y protagonista de la narrativa, este Método lo toma como el punto fundamental de intervención, pero como es un Método Sistémico,

sitúa al individuo en un grupo de iguales, con lo que permite una reconstrucción social y vincular, interviene también en la familia de origen de los sujetos, para posibilitar el crecimiento de las nuevas narrativas saludables y permite una toma de contacto con enigmas universales de la especie, que están recogidos en los símbolos de los cuentos de hadas y otras obras artísticas de gran belleza y calidad.

La desactivación de viejas narrativas disfuncionales para la persona, la recreación de las que sí puede conservar y la creación de otras nuevas, permiten la puesta en funcionamiento de las potencialidades vitales y psicológicas, y por tanto su realización como ser humano.

En este sentido podemos afirmar que la persona ha viajado al pasado, pero incluso también al futuro, porque éste, a menudo es rescatado y modificado.

Podríamos decir que la persona recobra el tiempo, el tiempo perdido en el pasado y el futuro que estaba potencialmente perdido.

La persona recobra su tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

Andolfi, M. (1989). Tiempo y mito en la psicoterapia familiar. Paidós. Barcelona.

Freud, S. (1973). Psicoanálisis del arte. Alianza Editorial.Madrid.

Freud, S. (1983). La interpretación de los sueños. Biblioteca Nueva. Madrid.

Jung, C.G. (1982). Símbolos de Transformación. Paidós. Barcelona.

Henche, I. (1992). A través del espejo mágico. Informaciones Psiquiátricas. Barcelona.

Henche, I. (1996). Cuentos de Hadas, símbolos transculturales. Universidad de La Coruña.

Henche, I. (1998). La educación en valores a través de los símbolos de los cuentos de hadas. CPRs de Vallecas y Villarejo. Madrid.

LORENZO LÓPEZ – SANDRA CAMPOS – MERCEDES BENITO
CRISTINA RAMOS

PSICODRAMA CON GRUPO INTERCULTURAL DE NIÑOS, CON CLIMA FAMILIAR DESESTRUCTURADO, EN BARRIO PERIFÉRICO

1. DESCRIPCIÓN

Se realiza un Taller de Juegos Dramáticos para niños en un Centro de Servicios Sociales en el pueblo de Vallecas de Madrid, dentro de un programa de colaboración del Grupo de Estudios Psicodramáticos de Madrid, dirigido por Pablo Álvarez Valcarcel y la Junta Municipal de Vallecas Villa. Este taller, planteado con objetivos de investigación psicoterapéutica en Psicodrama, se ofrece como actividad extraescolar, con nueve meses de duración estableciéndose un horario de tarde una vez por semana y con una duración de hora y media a dos horas por sesión.

Estructura de la población infantil estudiada

El grupo de niños que participa en el taller nos es asignado por el Centro de Integración Social donde se imparte con las siguientes características:

* El grupo de niños está compuesto por 7 niñas y 1 niño.
* Las edades están comprendidas entre los 9 y 11 años.
* Es un grupo intercultural, compuesto por 1 niña gitana, 1 niña magrebí, 1 niña y 1 niño (africanos) y 4 niñas payas.

2. CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO SOCIAL

Están relacionadas con las situaciones ambientales de estos niños, que pueden favorecer la aparición de psicopatologías. Contemplamos tres áreas:

1. Ambiente familiar: relacionado con Respuestas y Comportamientos Agresivos en la familia

Peleas – discusiones entre los padres: Voces altas, insultos, amenazas, gesticulación brusca e intensa, agresiones físicas, golpes, etc. (con reacciones de sobresalto, miedo, dolor, lloro tristeza, rabia).

Consumo de drogas y alcohol en algún miembro del núcleo familiar.

Castigo a los hijos: Daños físicos, palizas, insultos, amenazas. Miedo, sobresalto, rabia, etc.

Carencias afectivas: Falta de contacto físico, de atención, ser escuchado, comprensión, informar, comunicarse. Temas de los que no se hablan... (mitos familiares).

2. Contacto con ambientes sociales patogénicos

* Entorno social de bajo nivel cultural.
* Valoración de la fuerza, agresividad (razón del más fuerte).
* Frecuente consumo de droga, alcohol tanto en la familia como en el entorno social.
* Modelos de baja resistencia a la frustración y de búsqueda de satisfacción (refuerzo) inmediato.

3. Entorno social intercultural

* Población intercultural: con diferencias físicas, culturales y sociales en costumbres, comportamientos, aspectos de la vida.
* Bajo nivel cultural, con escasa apertura cultural e intolerancia, (xenofobia).

3. OBJETIVOS

A) Objetivos generales

1. Comprobar y descubrir desde la práctica la efectividad de distintas técnicas psicodramáticas en el trabajo con niños de estas características.
2. Delimitar las consecuencias positivas o negativas que pueden generar diferentes variables, en relación con el trabajo psicodramático, en la evolución del grupo.
3. Potenciar el desarrollo personal y social de los niños a través del psicodrama.

B) Objetivos Específicos

1. Conseguir una eficaz unidad funcional entre director y yo – auxiliares.
2. Seleccionar las técnicas adecuadas o adaptarlas, dependiendo de los temas que se vayan a desarrollar.
3. Aumentar el grado de pertenencia y cohesión grupal.
4. Favorecer la participación y la iniciativa de los miembros del grupo.
5. Lograr el juego de distintos roles y el intercambio de los mismos por parte de los componentes del grupo.
6. Posibilitar el reconocimiento, potenciación y valoración de sus capacidades.
7. Promover el aumento de su autopercepciòn y toma de conciencia del yo: cuerpo, imaginación, creatividad, sentidos.
8. Potenciar un autoconcepto positivo ligado a una sana autoestima.
9. Ofrecer recursos para la resolución adecuada de los conflictos.
10. Crear clima de confianza, respeto y aceptación, con el fin de posibilitar la expresión de contenidos personales significativos.

4. MÉTODOS DE TRABAJO Y PROCEDIMIENTO

El trabajo que se plantea es el de tratar diversos temas que afectan a los niños, a través del procedimiento básico de la técnica psi-

codramática. Los temas tratados están relacionados principalmente con aspectos como la convivencia y relaciones en la familia (relación entre los padres, entre padres e hijos y entre hermanos), sobre los afectos, expresión de sentimientos, opiniones, iniciativas, etc, de los niños. Todo ello se trata mediante la obtención de emergentes en fase de caldeamiento, para posteriormente tratar de trabajarlo psicodramáticamente en la fase de dramatización y comentarios.

PROCEDIMIENTO

1. Inicio de sesión

Dar una señal clara que indique que la sesión de psicodrama comienza.

Ini.1: El corro: unirlos a todos en corro cogidos de la mano y dar vueltas. Empezar enseguida, pasar de unas dinámicas a otras sin dar demasiadas explicaciones (que descaldéan).

2. Caldeamiento

Dinámicas para centrar la atención en la tarea, cohesionar el grupo y dirigir hacia obtener emergentes.

(Dinámicas, juegos lúdicos, utilización de objetos intermediarios, etc.).

3. Dramatización

Representación de imágenes y escenas a partir de emergentes, o proposición de temas o seguir guiados por la espontaneidad del momento.

(Material, técnicas, juegos, dinámicas).

4. Comentarios y Reflexiones

Observar formas grupales y ubicaciones facilitadoras de expresión de comentarios, reflexiones, opiniones, autorrevelaciones, etc. ("La cueva": descubrimos que debajo de una pileta que había en un rincón de la sala se ha ido estableciendo espontáneamente como lugar de comentarios y comunicación verbal).

Dar consignas facilitadoras: "me importa mucho vuestra opinión sobre lo que hemos hecho..." Pedir opiniones, llevar a reflexionar, sacar temas no hablados o insinuados (lo latente), etc.

EJEMPLO DE SESIÓN

Objetivo: Trabajar situación de oposición, discusión.

1. *Caldeamiento*

Inicio: formar un corro en el que nos demos la mano (señal de que comienza la sesión).

Din.1: Dar vueltas en círculo a la pata coja. Primero pierna derecha, después pierna izquierda, luego hacia atrás. Dar la consignar de: ¡A ver si sois capaces de ir a la pata coja".

Din.2: Dinámica de oposición: En parejas, sentados espalda con espalda, uno dice en voz alta SI y el otro NO empujándose en la espalda.

(Observar emergentes para dramatización: conflictos, desacuerdos, oposiciones).

Comentarios: cómo se sienten ante las adversidades, discusiones, qué hacen ante ellas. Situaciones en su vida.

2. *Dramatización*

Hacer dos grupos para representar escenas de:

a) Emergentes de la dinámica de oposición.
b) Sobre situaciones de discusión en su vida.

3. *Comentarios*

Pasar al lugar establecido para conversar, comentar, comunicarse, escuchar..., al que es conveniente asignar un nombre para identificarlo.

("La cueva", bajo la pileta en nuestro caso).

5. ANÁLISIS DEL GRUPO

A) Nivel Sociogenético del grupo

Atendiendo al nivel sociogenético, el grupo se encontraría en el 2..º nivel o nivel de afiliación, donde se expresan abiertamente, tanto muestras de solidaridad, como de antagonismo entre los miembros del grupo.

Este nivel permite que se expresen en ocasiones con oposición, saltando por alto las normas o exigiendo derechos sin cumplir con los deberes. Se busca que el adulto, en este caso el líder oficial, marque límites claros, aunque para después intentar, en ocasiones, impedir que éste juege su autoridad. Al mismo tiempo se espera de él que juege un rol de mediador, de guía.

Últimamente hemos podido apreciar en el grupo un acercamiento al nivel sociogenético siguiente, el tercer nivel o nivel de pertenencia. Cada vez existe un mayor sentimiento de pertenencia al grupo, incluso hay momentos en los que algún miembro puede tomar el liderazgo, prescindiendo de los líderes oficiales. Además se permite en mayor medida la expresión de contenidos más personales con menor miedo al rechazo del grupo.

B) Análisis de los roles más jugados

Roles Funcionales

Se han jugado varios tipos de roles funcionales por el grupo de niños que favorecen el cumplimiento de los objetivos.

* **Roles de tarea**

  - De iniciador contribuyente.
  - De informante.
  - De opinante.
  - De crítico evaluador.
  - De dinamizador.
  - Técnico de procedimientos.

* **Roles de mantenimiento**

  - De transigente.
  - De seguidor.
  - De legislador.
  - De conciliador (que se está empezando a jugar).

Roles Disfuncionales

Son los roles jugados que dificultan la consecución de los objetivos.

- De obstructor.
- De mundano (un miembro que dejó el grupo).
- De búsqueda de reconocimiento.
- De dominador.
- De buscador de ayuda.

Roles Dramáticos más jugados

Por otra parte, en relación a los roles que más se han jugado en las dramatizaciones, se ha visto una evolución desde roles más fantásticos (como roles de hadas, princesas, indios, piratas, etc.) a roles más reales del entorno social y familiar, relacionados con mayor implicación en sus problemáticas personales. Entre los más frecuentes fueron: policía, preso, médico, enfermera, farmacéutico, enfermo, muerto, madre, padre, hijo, hija, hermano, hermana, miembro de la familia.

C) Análisis de distintos elementos que afectan a la dinámica del grupo

1) *Escenario*

* No disponemos de un espacio físico favorable, la sala de trabajo es bastante pequeña y cuenta con demasiados estímulos distractores y poca posibilidad de definir un escenario. Para el próximo curso de ha solicitado una sala más grande y prácticamente vacía.
* Consideramos necesario para este grupo y probablemente para el trabajo con niños en general, que exista un escenario claramente delimitado, de no ser así les resulta difícil distinguir quién está en escena y quién no y terminan participando todos y ocupando el escenario la totalidad de la sala.

2) *Director y Yo – Auxiliares*

* Al principio hubo un director y entre uno y tres yo –auxiliares. En los últimos meses se decidió que el rol de director se fuera alternando dependiendo de las actividades y para facilitar la fluidez de la acción dramática, de tal manera que cuando uno ejercía de director otro podía tomarle el relevo cuando

el que lo ejercía agotaba sus ideas. Esto ha funcionado mejor, ya que hemos podido así aprovechar las ideas de todos, lo que se hacía necesario debido a nuestra escasa experiencia como directores de Psicodrama. Además las distintas sesiones se preparaban y analizaban entre los cuatro componentes del equipo de trabajo.

* A mediados del curso el equipo de trabajo ha aumentado en dos miembros, pasando de estar compuesto por dos a cuatro. Esto resultó ser muy positivo con estos niños, ya que se ha podido abarcar mucho mejor a todo el grupo de niños; reenganchar a chicos que se han quedado fuera de la actividad (por ejemplo haciendo dobles), aumentar la cualidad dramática en algunas ocasiones, fomentar la participación, etc.

3) *Auditorio*

* Debido a las características del grupo, es difícil guardar el silencio y la atención necesarios para un trabajo efectivo. La mayoría quieren participar y ser los protagonistas, les cuesta mucho esperar su turno y solicitan un "Feedback" positivo constantemente, que puede consistir en una aprobación verbal, una mirada, contacto, sentirse protagonistas, sentirse el centro de tu atención, etc. En caso de no conseguirlo buscan el "Feedback" negativo antes de pasar por alto. Así, para conseguir el reconocimiento del adulto pueden adoptar diferentes roles, como enfadado, triste, agresor, enfermo, etc.
* Lo dicho en el párrafo que precede unido a las dificultades que ofrece el espacio disponible, como hemos mencionado anteriormente, hace complejo que se den situaciones en las que uno sea el protagonista, otros hagan de yo, auxiliares y otros de auditorio, y en caso de conseguirse, se da con una duración muy breve. A pesar de esto, tratamos de que al final de cada sesión se tenga un tiempo de comentarios o conclusiones; un espacio en definitiva, para compartir experiencias parecidas, valorar la actividad, analizar conflictos que hayan podido surgir, etc.

7. CONCLUSIONES

a) Logros

- Se ha potenciado el diálogo, la escucha, el respecto de la opinión y actitud del compañero.
- Se ha permitido, frente al protagonismo de unos, que otros sean protagonistas, diversificando la participación.
- Se ha potenciado la creatividad y la espontaneidad en el desarrollo de escenas familiares, de roles sociales cotidianos y resolución de conflictos intergrupales.
- Se ha logrado poner nombre a alguno de sus miedos, creando un espacio de confianza y complicidad, superando rabia y vergüenza.
- Se han creado lazos afectivos en los niños, permitiéndoles experimentar el sentirse queridos sin condiciones, ni tener para ello que dejar de ser ellos mismos.
- Se ha logrado identificar la agresividad con sentimientos que la complementan y provocan, impotencia, mecanismo de autodefensa, y formas habituales de encararse con las situaciones que les desbordan, para imponer sus propios criterios.
- Se ha superado luchas de poder, control y protagonismo, creando contención natural y equilibrio entre ellos.
- Se ha logrado identificar, nombrar y hacer presente en escenas la manifestación de unos roles problemáticos, como padre ausente, madre demasiado exigente y poco cercana, padre drogadicto y alcohólico, madre víctima de violencias, etc.
- Se ha expresado fantasmas y deseos de muerte, de censura, de evasión, soledad y demasiada vergüenza ante los demás para encarar la situación.
- Se han desarrollado en los niños roles de yo – auxiliares bien metidos en su papel haciendo reaccionar al protagonista a conciencia.
- Se ha conseguido un mayor desarrollo de roles, un reflexionar sobre si mismo y los demás, y un enfrentarse a ciertas situaciones con otro talante y otras estrategias.

b) Conclusión

* A modo de conclusión, valoramos como positiva la experiencia realizada, ya que hemos podido comprobar que el Psicodrama se ofrece como un método psicoterapéutico eficaz en el trabajo grupal con niños de estas características.
  Al acabar el curso, podemos valorar el incremento de la unidad grupal, un sentido mayor de pertenencia, una mayor flexibilidad en las parejas de amigos y una mayor aceptación e interés por las actividades. Ha disminuido considerablemente la agresividad oral y corporal, pasando a pequeños roces más esporádicos.
* Un problema importante que nos hemos encontrado está relacionado con la continuidad del grupo. Normalmente, en el centro donde hemos efectuado nuestro trabajo, las actividades se realizan como actividades extraescolares dentro de calendario escolar, de manera que cada año suele cambiar el grupo. Generalmente se consigue una buena cohesión del grupo y buen clima para trabajar contenidos importantes justo cuando el curso está acabando; esto ha originado que nos quede pendiente el profundizar en aspectos importantes en relación con objetivos grupales y terapéuticos, no pudiéndosele dar un adecuado tratamiento. Así, es importante reseñar la necesidad de estar más tiempo con el mismo grupo.
* A nivel general hemos visto que con este tipo de niños se trabaja mejor con tres o cuatro profesionales, donde uno de ellos va haciendo de director y los otros de yo – auxiliares en diferentes papeles, siendo estos roles intercambiables según la acción dinámica lo demande.
* Cuando el grupo estaba en sus inicios sólo admitía dinámicas muy activas y de carácter competitivo, con iniciadores físicos y poca o ninguna reflexión. Luego posteriormente se pudo llegar a introducir otro tipo de iniciadores y momentos de reflexión y comentarios.
* Se vio que era conveniente también poner yo auxiliares como dobles al niño o grupo de niños que se quedaban al margen de una dinámica por no querer participar, impidiendo así el que dicha dinámica fuera interrumpida por éstos que quedaban fuera.

* Así mismo se hicieron algunas veces también interpretaciones desde el rol, haciendo de espejo a algún niños que estuviese alborotando, poniendo así en evidencia su comportamiento disrruptivo.
* Fue interesante también descubrir cómo, de forma espontánea, un lugar determinado de la sala donde trabajábamos, en un rincón bajo una pileta, fue una ubicación adecuada para trabajar la fase de comentarios y reflexiones, después de la actividad dramática.
* En los momentos de reflexión y comentarios se vio también la eficacia de dar consignas facilitadoras (como: "me importa mucho vuestra opinión sobre lo que hemos hecho...") o pedir opiniones de forma directa y sacar temas no hablados o insinuados (lo latente), etc.

PABLO ÁLVAREZ VALCARCE

Médico Psiquiatra

LA RELACIÓN TIPO CORREDOR EN EL AGRUPAMIENTO DE ROLES PATERNO DURANTE LA ESTRUCTURACIÓN DEL MODELO DE DEFECADOR. OBSERVACIONES EN PSICODRAMA CLÍNICO

RESUMEN

Con este título tan complicado, me propongo reflexionar en este artículo, sobre una serie de casos clínicos que presentan ciertas similitudes en su dinámica interna, en sus modos de vinculación, sus niveles de comunicación y en las escenas nucleares conflictivas. Estas similitudes se observan en relación con la existencia en sus historias biopatográficas de climas desfavorables durante la estructuración del Modelo Psicosomático de Defecador y del Agrupamiento de Roles Paterno en las Matrices de Identidad Total Diferenciada y Fase Mimética de la Matriz Familiar.

CONSIDERACIONES EVOLUTIVAS

Para comenzar quizá convenga recordar brevemente en que consiste la estructuración del Modelo de Defecador, del Agrupamiento de Roles Paterno y el concepto de Relación en Corredor.

El Modelo de Defecador es un modelo de vinculación que se instaura como correspondiente psicológico del Rol Psicosomático de Defecador al incorporarse al mismo el Clima existente en la Matriz Socioemocional durante el proceso de su estructuración. A partir de ahí, todos los roles que se desarrollen enracimados o entroncados con el rol de Defecador estarán estructuralmente teñidos por este

modelo individual y particular, además de su tinción social ejercida por el rol complementario específico que se le haya ofrecido en la matriz correspondiente.

De forma resumida diremos que el Rol Psicosomático de Defecador, se instaura entre los 4 meses y el año de edad, sobre una serie de procesos de focalización de la sensibilidad cenestésica en el intestino grueso que incluyen las vivencias cenestésicas de Surgimiento, Oposición, Descarga motora sostenida y Pérdida. Estas vivencias tienen sus correspondientes psicológicos como procesos de Creación, Elaboración, Expresión y Comunicación de contenidos internos originales, con la finalidad de depositarlos en el Afuera Anal, enriqueciendo el ambiente con sus posesiones sincréticas y diferenciándolo así de su propio cuerpo.

Uno de los procesos vinculares más importantes y específicos de este modelo, consiste en el hecho de que debido a que en un principio los contenidos son expresados y volcados al ambiente sin elaborar, de forma no sólida ni discreta, sino masivamente, el Yo-Auxiliar que ejerza las funciones de Afuera Anal, debe de actuar como continente de esos contenidos sin elaborar, aceptarlos, efectuar una comunicación que ayude a elaborarlos cada vez más, y devolvérselos así mas elaborados en función de retroalimentación. Ese Yo-Auxiliar en función de Afuera Anal, tiene que presentar formas específicas de consistencia temporo-espacial (ya que la organización cenestésica del SNC propia de la prevalencia del Sistema Limbico cede "jerarquía" a la organización diacrítica y epicritica del SNC propia del Sistema Cortical, gracias a la consolidación de periodicidades en el tiempo y el espacio. Su forma de aceptar, ayudar a elaborar y valorar en la comunicación, debe tener consistencia, permanencia y constancia formal, así como suavidad en el proceso de circulación de los contenidos, equilibrio formal en las expresiones, firmeza y solidez.

La existencia de un clima hostil en la matriz socioemocional del grupo familiar, en este periodo, enturbiara el modelo de defecador, dando lugar a un clima inhibitorio sobre los procesos de creación, elaboración, expresión y comunicación de contenidos internos.

La ultima fase del establecimiento del afuera anal, al final del primer año de vida, se superpone en parte con la fase de Relación con el Ambiente, donde a través del foco cenestésico dental, el niño va

testando y haciendo suyos sincreticamente los objetos de su ambiente a base de llevárselos a la boca, chuparlos y morderlos, para depositarlos de nuevo en el ambiente sin tragárselos, uniendo así el afuera anal con el afuera oral a través del ambiente, aprendiendo la relación existente entre lo que se incorpora del ambiente y lo que se deposita en el mismo. De esta manera, el niño va ganando intimidad con el ambiente, pertenencia al mismo, cediendo parte de su primitiva omnipotencia a cambio de una mayor capacidad para influir o afectar a los yo-auxiliares de su ambiente que funcionan como posesiones sincréticas para él.

Sin entrar en el fondo de su explicación, diremos que una buena estructuración de este modelo facilita una buena discriminación del psiquismo entre lo que se piensa y lo que se percibe.

Tratemos ahora de resumir el Agrupamiento de Roles Paterno. El rol de padre, si se puede crear en un grupo familiar que haya alcanzado un nivel sociogenético de pertenencia, implica la capacidad de transmitir a la pareja confianza y apoyo, compañerismo mutual y seguridad afectiva a través de los cambios orgánicos que la maternidad conlleva. El vínculo padre-hijo, tiene características de conexión con el 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 psicosomático de defecador, y llegar a 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 sobreexigente, el autoritario, etc. Puede también establecer vínculo con un rol compensatorio o simplemente estar ausente afectivamente. El establecimiento con el hijo de una relación de objeto narcisista, sin respetar el propio narcisismo del hijo, tendrá consecuencias devastadoras para la personalidad.

Un aspecto importante a ser señalado, es el hecho de que antes de que se produzca la capacidad para invertir papeles y el niño pue-

da entrar en la triangulación, tiene que haber podido establecer una relación en corredor no solo con la madre, sino con el padre también. De hecho una relación en corredor con el padre que sea satisfactoria, es una garantía de un buen acceso a la triangulación, siempre dependiendo de la mutualidad existente en el vinculo de la pareja parental. El niño tendera a enfrentar al padre mientras que la niña tendera a seducirlo, como expresión de su resistencia a dejar entrar al tercero en la relación diádica. La existencia de un buen corredor con el padre, flexibilizará este proceso, pues el padre estará interesado en conseguir ese espacio en el triángulo, no desistirá ante las resistencias del hijo tomando una actitud firme pero suave, cariñosa. Si la madre desea aliviarse y permitir la entrada del padre, y ambos pueden mantener el nivel mínimo de frustración tolerable, el proceso podrá tener un buen desarrollo.

Pero el proceso de establecimiento de una relación en corredor padre-hijo está sometido a ciertas dificultades que se harán evidentes en la totalidad del agrupamiento de roles paterno. Algunas de esas dificultades tienen un origen arcaico. La antropología nos señala que fue muy importante en la evolución del ser humano, el hecho de que el varón de las primeras sociedades recolectoras y cultivadoras, fuera tomando conciencia cada vez mas clara de los ciclos anuales y su influencia en la fertilidad de la tierra. Esto favoreció una mayor organización de la representación mental del tiempo y de la causalidad temporal, lo que le permitió darse cuenta de la relación existente entre la actividad sexual y la preñez de la hembra, hecho atribuido hasta entonces a causas mágicas. Para el varón este fue el descubrimiento de la paternidad, lo que permitió el desarrollo de sociedades patrilineales basadas en un interés etológico, pues el varón humano comenzó a estar interesado en que las crías que nacieran en su clan tuvieran su carga genética, pues determinada constitución física y determinadas capacidades innatas eran útiles para el hábitat y las actividades de subsistencia del clan. El varón pudo así comenzar a estar interesado en las crías además de en la hembra, lo cual fue haciendo más humana la sociedad, pero a cambio de que esa hembra solo fuera fecundada por él, para asegurarse de que sus hijos heredarían sus habilidades y constitución, se parecerían a él, y por tanto serian hábiles para aumentar la capacidad de conseguir alimentos y territorio del clan cuando sus fuerzas deca-

yeran por la edad. Aquí nace el interés que, en nuestras sociedades patriarcales, tiene el padre en verse reflejado narcisísticamente en el hijo, que ha llegado a este mundo para hacerle viejo y darle esplendor a la vez.

Sin embargo, y aunque solo fuera por la variabilidad genética, las características individuales, originales del niño van a presentarse ya desde el rol psicosomático de defecador y en el periodo de relación con el ambiente. Estos intentos de autoafirmación podrán ser mal interpretados por el padre que podrá reaccionar desde la represión brutal hasta la indiferencia indolente. El padre puede representar cierta autoridad para el niño, pero sus ansiedades, ideas, fallos y aciertos necesitan ser debatidos con el padre, que no debería de presentar ante el hijo un modelo idealizado e inmune al error, sino quiere que el resultado sea una pérdida de contacto, de discurso y de conocimiento, que llevarán a una pérdida de autoorientación en el niño. En nuestra práctica profesional como psicoterapeutas tenemos que escuchar muchas veces escenas de abuso de poder en la infancia, donde los castigos desproporcionados por parte del padre, son vividos de forma culposa por la víctima, que se siente expulsada del vínculo por un personaje que toma formas violentas, inhumanas, demoníacas. El efecto de esta alineación afectiva es una severa dificultad en la identificación con una figura familiar que pasa a ser un extraño terrible. Queda rota así la constancia formal que el niño necesita en su padre como continuidad de un afuera anal aceptador y contenedor. Las dificultades en establecer una buena relación en corredor con el padre, mantendrán al niño en el nivel de identificación subjetiva permitiéndole como defensa el tomar roles como modelos estereotipados de conducta, cercenando su creatividad. Un clima autoritario en el agrupamiento de roles paterno favorecerá la fijación de ansiedades persecutorias infantiles en el carácter y su posterior proyección sobre el mundo. Una relación con el padre suficientemente buena, debe estar libre de cambios de humor demasiado bruscos, así como de actitudes demasiado rígidas. Solo así el corredor paterno se verá lleno de confianza básica. Si esto no es así, el autoritarismo patriarcal castigador llevará al niño a defenderse a través de la identificación con el agresor y a proyectar su odio impotente cada vez que en la vida se vea confrontado con o ejerza como una figu-

ra de poder, incluida la venganza inconsciente sobre su propio hijo cuando llegue a ser padre.

En nuestro momento histórico, en la sociedad urbana, el hijo ya no comparte día a día las ocupaciones laborales del padre, tendiendo a perder contacto con él, y a no desarrollar sus mismas habilidades. Si las diferentes inclinaciones del hijo van a ser tomadas en serio por el padre y potenciadas, ambos deben hacer un proceso de adaptación que seguirá el modelo de la relación en corredor que hayan establecido. El padre tiene que ver y reconocer la diferente naturaleza de los intereses de su hijo por encima de los planes que tenia para él. El hijo tiene que aceptar que en muchos aspectos no puede competir con las habilidades del padre y tiene que buscar su propio ideal. El respeto mutuo entre padre e hijo refuerza los lazos afectivos al tiempo que facilita la autonomía del hijo. Los buenos deseos del padre con respecto a las iniciativas del hijo, promueven la maduración de los dos, el hijo dirigiéndose a su propio ideal y el padre aprendiendo a no relegar a su hijo a una función de sus deseos narcisistas.

Una coincidencia evolutiva interesante es el hecho de que tanto el final de la estructuración del Modelo Psicosomático de Defecador y la etapa de Relación con el Ambiente, se producen al inicio de la Fase Mimética de la Matriz Familiar, cuando se produce una Brecha entre Fantasía y Realidad, ya se puede distinguir el Tu y se inicia el Agrupamiento de Roles Paterno. En esta etapa, cuando el niño ronda el año de edad, y va a comenzar a caminar y a hablar, su actividad principal es imitar por repetición los patrones de conducta que se le ofrecen, los gestos, posturas y actitudes. La relación en corredor con el padre, servirá aquí para la paulatina identificación introyectiva con él, proceso que será relegado a lo inconsciente. Este proceso se ve hoy día distorsionado por una especie de desaparición, en la sociedad paternalista moderna, de la imagen del padre y de su función instructiva, un rechazo a la función paterna que lleva a una alineación de la relación padre-hijo con sus concomitantes de ansiedad y agresividad. La falta de una relación en corredor satisfactoria con el padre, lleva a una permanencia exagerada de la omnipotencia infantil, una falta de apreciación de los demás, una falta de desarrollo de la conducta consciente, y la prevalencia de estados de animo dictados por estímulos físicos con una referencia de tipo vis-

ceral, todo o nada. Por otra parte, la estructura patriarcal de nuestra sociedad influirá en el Agrupamiento de Roles Paterno, durante la fase mitopoyetica de la matriz familiar, brindando el modelo omnipotencia-impotencia para la relación padre-hijo.

La importancia del corredor paterno es grande si tomamos en cuenta que en nuestra sociedad, la mayoría del conocimiento cultural y práctico ha sido transmitido por los padres o figuras paternas. Las habilidades se adquirían viendo al padre de uno, trabajando con él, viendo la forma en que el padre se maneja con las cosas del mundo y observando prácticamente el grado de conocimiento real del padre así como sus limitaciones. La progresiva fragmentación del trabajo, combinada con los métodos de producción en masa, la separación de la casa y del lugar de trabajo, la transición desde el productor independiente al trabajo por cuenta ajena, han llevado a una progresiva perdida de sustancia de la autoridad paterna. Existe un rechazo de la figura del padre en la sociedad moderna. Este hecho esta muy bien ejemplificado en la sociedad americana en películas como Los Simpson o American Beauty. La forma en que el padre se gana la vida, empieza a ser invisible. El padre puede intentar hablar de ello en casa, pero los trabajos técnicos, de oficina, no tienen resultados tangibles que puedan ser llevados a casa, no logran interesar al hijo, que tiende a percibir solo la irritación y la frustración que el trabajo provoca en su padre. El padre se convierte así en una figura temida, que presiona, y cuanto mayor es la presión paterna, mayor es la inhibición de las capacidades de aprendizaje y de espontaneidad. El padre se defiende exigiendo aun más que sus hijos le sirvan para un mayor brillo de su narcisismo. Este deseo fanático, es en parte una defensa contra deseos filicidas inconscientes, pues en el mito primigenio de la Rama Dorada, nadie puede ser más fuerte ni más perfecto que el padre, pues si el hijo lo fuera, acabaría con el padre y tomaría su lugar. Por esto es hoy día tan importante que el padre y el hijo compartan actividades practicas, pues en ellas puede ser compensada la agresividad. En ese ensayo de trabajo junto al padre, compartido, aparece la parte más feliz del modelo, cuando pueden unirse las tendencias agresivas y placenteras en el ejercicio de las habilidades requeridas, y donde un fallo en la adquisición de determinada habilidad no es vivido con culpa sino como estimulo para continuar aprendiendo. En estas actividades prac-

ticas compartidas, la rivalidad entre padre e hijo puede ser jugada de forma natural y limitada, lo que rebaja la tensión emocional, pues hay un interés compartido de mejorar la tarea entre los dos.

Cuando al establecerse el corredor paterno, el padre no interactúa de forma practica y compartida, el niño tiene dificultades para establecer su identidad, pues al no poder imitar al padre real, tiende a fantasearlo debido a su recién adquirida capacidad para relacionarse con objetos fantásticos. Esta ausencia del padre real producirá, además de los problemas en la triangulación, fenómenos de inhibición, perdida de concentración, pérdida de contacto con las cosas físicas que deberían ser vividas como propias, destructividad hacia otros o hacia uno mismo. La agresividad en este contexto, debe ser entendida como un fallo en el modelo de defecador para la capacidad de producir y crear de forma constructiva.

Al padre cada vez más invisible de nuestros días, le cuesta jugar su rol conciliador, emocional, así como su rol de mostrar su forma de manejarse en la vida.

Después del establecimiento de la fase de reconocimiento del tú, cuando aparece la angustia ante la desaparición de la figura materna alrededor del ultimo tercio del primer año de vida, el niño establece relación en corredor con su madre primero y con su padre y otros cuidadores después. Esto ocurre antes de la etapa de preinversión de papeles, que se dará en la fase mimética de la matriz familiar. El establecimiento de un buen corredor con el padre iniciará el conocimiento y las identificaciones con el mismo, lo que facilitará posteriormente el reconocimiento de "él". Lo que observamos es el mantenimiento de la relación en corredor con la madre, con intensos diálogos verbales y preverbales exclusivos, pero con una paulatina aceptación de la presencia de un tercero, el padre, que si logra captar su atención también establecerá una relación en corredor con él. En la relación en corredor las identificaciones son muy intensas debido a la intensidad del foco atencional, por lo que el niño va a seguir a la madre o al padre tanto en sus aspectos sanos como en sus aspectos patológicos. Las relaciones en corredor ayudan a finalizar la fase de reconocimiento del tú, así como a consolidar el espacio transicional, el espacio de la ilusión entre el niño y su cuidador, facilitando la transformación de la primitiva hambre de actos en hambre de transformación, en el deseo de ser otro u otra cosa,

habilidad necesaria para la posterior fase de triangulación y la inversión de papeles. Un reconocimiento del tu incompleto, asociado a un deficiente desarrollo del modelo psicosomático de defecador, favorecerá el mantenimiento de la omnipotencia infantil con la aparición de actitudes sicopáticas de utilización del otro como instrumento, así como perfiles psicológicos egocéntricos y narcisistas dentro del binomio omnipotencia-impotencia, que como ya vimos puede ser fomentado por el modelo de paternidad imperante en un nivel de desarrollo sociogenético de tipo afiliación.

Es interesante también observar como en esta etapa de relaciones exclusivistas o en corredor con los diferentes "tús", comenzando a distinguir entre fantasía y realidad, el niño comienza a desarrollar su capacidad de percepción télica, y lo hace comenzando por percibir las elecciones y rechazos que los otros suscitan en la madre con la que tiene establecido el corredor. Asi vemos que el niño rechazara establecer un nuevo corredor con otro tu, si este nuevo tú es objeto del rechazo de la madre. Esto es muy importante para un buen desenvolvimiento del corredor paterno y para la futura triangulación.

OBSERVACIONES EN PSICODRAMA CLÍNICO

1. F.M. es una mujer de 35 años que presenta un cuadro de conductas agresivas y manipuladoras con el marido y los hijos, síntomas depresivos con astenia, fobia a volar, y consumo de alcohol con episodios hipomaníacos.
   A los catorce años descubre que es hija bastarda del amante de la madre. El padre legal era un hombre débil y ausente. Repite la historia separándose de su marido, teniendo una niña con un amante sicopático y regresando a la casa del marido con los dos hijos que ha tenido con él, donde es aceptada la situación. Sueña que la invitan a subir a un coche donde tiene que ir con los pies metidos en un cubo de basura. En las dramatizaciones de agrupamiento materno presenta una madre a la que no se puede molestar con problemas, que no es continente, donde no se puede depositar. Sueña con hombres desvalorizados que la tienen que llevar al mundo de los grandes. Sueña que dios la llama pero no puede ir pues es el demonio.

Al jugar sus roles sociales aparece un modelo de relación con tendencia a manipular y someter al otro para mantener el control. Sueña que la van a matar, que la clavan cuchillos unas mujeres, ella es madre e hija y siente placer al matar a un hombre que a entrado en la casa. En la dramatización asocia la venganza contra su "club de enemigos" que la recriminaron y ella consiguió conspirar para que los echaran del trabajo. Cuando dramatiza el momento de matar al hombre siente en el estómago "una cosa negra, viscosa, como una placenta, con hilos viscosos". La escena asociada es una escena de la fase mitopoyética de la matriz familiar, en la que un tatarabuelo materno corsario rapta a una princesa y la lleva a vivir a su pueblo donde sufre rechazo y recibe la maldición de que por cuatro generaciones morirán todos los varones antes de cumplir los 20 años, maldición que extrañamente se cumple, salvo con su hermano mayor con el que tiene una gran rivalidad en la infancia. Un sueño repetitivo infantil en el que ve a sus hermanos y a su padre subiendo una cuesta y ella no puede. La miran con desprecio, se hace de noche y siente miedo. Al dramatizarlo se asocia una escena infantil donde ella defecaba y orinaba a propósito detrás de los sillones o en la caseta de un guarda. Recuerda su aislamiento y sus defensas del tipo "yo me basto", el no poder consultar con los padres, la mentira. Su madre muere tres días antes de nacer su segundo hijo. "Al morir mi madre sentí que ya no tenía que intentar ser buena para ella, podía ser mala". Asocia varias escenas con roles psicopáticos, con una sexualidad bizarra e incestuosa sintiéndose puta bajo los efectos del alcohol. Cuando aparece su necesidad de destacar, de ser grandiosa, dramatiza un sueño donde trata de salvarse en un lugar alto, pero teme caer al agua sucia pues se sabe falsa, impostora y teme ser descubierta y obligada a bajar. En las escenas que dramatiza aparece cada vez mas la falta de una figura permanente y constante en el afuera anal, la falta tanto de una relación en corredor con la madre como con el padre, y sus defensas sicopáticas de invadir a los otros con sus contenidos de forma masiva.

Con ocasión de un proceso febril, visualiza dentro de ella a una niña indefensa y maltratada y recuerda sueños infantiles

en los que llovía sangre y miembros amputados, o viajaba en un trineo junto a unos ataúdes, o estaba subida a la cima del mundo, o se convertía en la comida de su familia siendo pinchada por su padre con un tenedor. Recuerda también que en su posparto su madre tuvo una complicación hemorrágica y no le pudo atender los primeros dias. La visualización de esta niña interna deprimida e indefensa la permite ceder y abandonar parcialmente sus actitudes sicopáticas. Entonces tiene un sueño en el que siente ganas de defecar en una situación social, haciéndolo en un papel que entrega a su hija y siendo diarreico el contenido. Se siente decepcionada con todos. Al dramatizar la decepción esta aparece como defensa contra la hostilidad "diarreica" en el modelo de Defecador, y la hostilidad actual en los vínculos actúa como defensa contra la escena faltante en su matriz de una relación en corredor donde sentirse acogida y sostenida. Poco a poco va encontrando vínculos donde puede depositar y donde siente ganas de "cocinar para los otros". Cuando toma conciencia de su necesidad de afectar a los otros con sus contenidos, siente un núcleo de rabia en el pecho. Al concretizar en el escenario este núcleo de rabia, hace una maraña de cuerda negra que corporiza con una postura sentada y retorcida en cuclillas. Percibe un goce en el resistirse a ser desanudada. Desde el papel de nudo le vienen imágenes de los padres y de sentirse sola y perdida. Si permite que la desanuden siente temor de pesarle demasiado al otro. No logra sentir la relación en corredor. Sueña que esta en casa de los padres y va a cenar con los Reyes. Entra tras ellos en el comedor pero la saludan como menos importante. Se sienta al lado del Rey y este le habla como queriendo hacerse amigo. Frente a ella la reina esta encantada con su hija pequeña (bastarda como ella) Durante unas vacaciones en las que visita al padre legal, este le recuerda el daño que hizo a la familia el amante de la madre. Puede entonces llorar en los brazos del padre y odiarlo al mismo tiempo. Luego sueña que mata con un cuchillo a un hombre que trata de acercársele, que le da un ramo de flores a su madre, que un barco se hunde y siente miedo pero un hombre la ayuda a saltar, se hunde hasta que toca fondo y puede impulsarse de nuevo hacia la

superficie, como una metáfora de su proceso terapéutico en marcha, de la rematrizacion del agrupamiento de roles paterno, de la relación en corredor que ayuda a saltar, y dela reparación del modelo de Defecador fijado en una posición defensiva sádico-anal.

2. S.S. es una niña de 3 años que presenta una retención anal total, no pudiendo defecar sino es tras un enema, y haciéndolo con un pañal puesto y sentada abrazando a la madre y con síntomas de una fuerte angustia. La madre sufrió un trastorno depresivo unos años antes a raíz del suicidio de su cuñada y su suegra. Para dar a luz a S.S., dejo un trabajo donde sufría a una jefa despótica. Cuando la niña tenia 4 meses la madre desarrolla un trastorno depresivo que se prolonga durante toda la estructuración del modelo psicosomático de defecador. Las dificultades vinculares se agravan al haber nacido la niña con un Ortolani+(subluxacion congénita de cadera) que preciso de un doble pañal como tratamiento. Desde los 8 meses hasta el año de edad, por consejo de su pediatra, la madre tenia que impedir físicamente que la niña se levantara e intentara caminar. Tampoco gateó. En el momento actual, la madre presenta un trastorno distimico con irritabilidad y el padre esta ausente en los días laborables por motivos de trabajo. La niña presenta conductas oposicionistas y tiende a escaparse corriendo por la calle. En sus primeros juegos espontáneos pone a un muñeco a hacer caca en el orinal, me da los envoltorios de unos chicles para que los tire a la basura, construye unas casitas y un recinto vallado con un ordenamiento espacial muy preciso. Allí viven una niña y su papá. Aparece el dinosaurio "dienteagudo" que se quiere comer a la niña pero el papa la defiende. Le da mucha comida para que se calme pero al final se empacha y tiene que ir al water aunque al final no puede vaciarse por abajo y lo hace vomitando.
Dibuja entonces a unos padres enfadados y a una niña sin brazos. Dice que su hermana (dos años mayor) se tira eructos y pedos. Dice: "Me tiro un pedo y mato a todos", lo que se dramatiza con gran goce para ella. En casa comienza a sentarse en el water diciendo " estoy esperando a ver si sale la caca". Juega a construcciones ordenando con perfeccionis-

mo en sucesivas alineaciones y molestándose si se desordena. En la calle grita "¡que se escapa!" antes de salir corriendo y obligar a la madre a perseguirla. Ante su oposicionismo la madre llega a pegarle una bofetada en ocasiones. En encuadre de sociodrama vincular se dramatiza una escena en espejo con la madre en el papel de niña sentada en el water donde dice que no quiere hacer caca para que la mama se preocupe por ella. Cuando la mama se muestra exigente y amenaza con poner un enema, la niña entra en un estado de gran angustia. A partir de esta escena la madre puede empezar a ser tratada de su trastorno depresivo y desculpabilizarse. Luego se pasa varias sesiones jugando a hacer bolitas de basura con papel o plastelina y tirándolas en el camión de la basura para transportarlas hasta el water. Cuando sale una bolita del camión que estaba atascada grita: "ha salido una mierda". Al dragón malo lo encierra por quererse comer a la princesa. El bebé duerme en la cama y se hace caca. Le limpiamos y cambiamos y tiramos la caca a la basura. En esa época el proceso de rematrizacion continua también en el nivel psicosomático, padeciendo una diarrea por rotavirus (como la diarrea por rotavirus típica del 6.º mes) pudiendo defecar ella sola en el water así como hacerse caca por la noche con gran angustia por haberse manchado (sensación cenestésica de perdida). Se trabaja con la pareja parental, para facilitar el proceso de individuación-separación, reducir la hipersolicitud ansiosa, favorecer la presencia del padre y ayudarles a que establezcan un programa para que la niña aprenda a dormirse ella sola (la negativa a hacerlo refuerza los intentos defensivos de mantener el control omnipotente. En los juegos con el camión de la basura aparece el temor a manchar y mancharse. Puede empezar a comer mientras juega y aunque sigue ordenando con cuidado las piezas en el espacio, cada vez tienen mayor secuenciación y sentido progresivo en dirección a un afuera. Juega a construir y luego destruir con gran goce. Jugamos a encajar bolas en una cuerda y luego empujarlas con esfuerzo hasta que se liberan y caen en una caja(como situación intermediaria del rol psicosomático de defecador). En esta época, a los dos meses y medio

de comenzar el tratamiento, comienza a hacer caca ella sola en el water, se suspenden los enemas y disminuye su oposicionismo. En las sesiones se muestra más dispersa saltando de un juego a otro (bolitas, construcciones, camión de la basura, inflar y desinflar globos, pintar) y aparece la angustia ante la ausencia de la madre yendo a buscarla a la ventana y a la puerta y celebrando el reencuentro al acabar la sesión (esta angustia había sido negada al principio del tratamiento). En esa época puede pedirme galletas y también interrumpir el juego para ir a defecar. Le gusta construir torres altas y tirarlas de una violenta patada. Luego castiga en un rincón a la muñeca "mamá" por haberlas tirado, para perdonarla después. Juega a que un hombre malo ataca a la mama y a la niña. La mama puede atacar al malo. Luego identifica al "dragón dienteagudo" con el papá. En la dramatización, el papá construye un puente, e invita a la niña a pasar por él, pero ella intenta excluirlo colocándolo en su casa con evidente intención de destruir el puente (y negar así la posibilidad de la relación en corredor con el padre). Justo en ese momento tiene que interrumpir para ir a defecar descargando psicosomaticamente la tensión en el modelo de defecador reactivado en la matriz terapéutica. A la vuelta del baño duda pero finalmente destruye el puente con una descarga motora más sostenida y firme, menos masiva. El dragón-papá se enfada y ella tiene que esconderse. Finalmente decide contentar al papa reconstruyendo el puente pidiendo al papa que le presente el modelo(rematrizacion de los elementos miméticos en el corredor paterno). A partir de aquí puede jugar a esconderse, a policías y malos, a tirar los muñecos a la basura cuando han sido malos atacando. Desde el rol de perro malo dice que en realidad es un perro muy hambriento que quiere que le den la comida en trocitos pequeños directamente en la boca. Puede traer un montón de dibujos y trabajos del cole para enseñarlos. Pero todavía se angustia mucho si frente a ella aparece un rol de gato que puede arañar o perro que puede morder, interrumpiendo inmediatamente el "como sí".

Habitualmente come y defeca durante la sesión. En los juegos puede empezar a reparar y lavar a los muñecos que han re-

sultado ensuciados tras tirarlos a la basura o porque se han tirado un pedo. En las ultimas sesiones juega con el tallo de una flor al que convierte en herramienta para arreglar los bajos del coche, que localiza bajo las piernas y el trasero del yo-auxiliar. Pregunta si duele y si esta atascado mientras dice que huele a pedo. En la acción de desatascar, es evidente que revive desde el rol activo las escenas de los enemas. Luego lo desplaza del cuerpo del yo-auxiliar al camión de la basura introduciendo el tallo con un evidente goce de descarga de agresividad muscular que se exacerba al llegar la madre a recogerla, como si quisiera exhibirlo ante ella. En otra sesión intenta manchar con la pasta de chocolate de un bollo, la cara del terapeuta y ante la defensa de este dice: "pues un dia le puse el culo encima de la cara a mi padre". Una de las ultimas sesiones ilustra muy bien el proceso de rematrizacion y reparación del modelo psicosomático de defecador. Juega de nuevo a hacer bolitas de plastilina y meterlas y sacarlas del camión de la basura. Luego lo desatasca, saca toda la caca y la deposita en una cajita, limpiándolo todo después. Coloca unas sillas una detrás de otra formando un estrecho túnel y lo atraviesa gateando con gran esfuerzo y pidiéndole al terapeuta que se coloque a esperarla al final del túnel celebrando la salida y el encuentro (una representación simbólica muy precisa del rol psicosomático de defecador incluida la presencia de un afuera anal constante y aceptador). Luego propone recoger ordenadamente los juguetes, con una buena percepción del tiempo final de la sesión.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez Valcarce, Pablo: Teoría del Sociodrama Familiar. Informaciones Psiquiátricas n.º 140 / 2.º Trimestre 1995.

Álvarez Valcarce, Pablo: Psicodrama y Sociodrama. Teoría de la Técnica. Las Técnicas de Sociodrama Familiar. Informaciones Psiquiátricas n.º 140 / 2.º trimestre 1995 (accesibles en Internet: http://teleline.terra.es/personal/ge-psicodrama).

CAPÍTULO 4

PSICOTERAPIA DE GRUPO Y PSICOFÁRMACOS

NESTOR SZERMAN

Psiquiatra

PSICOFARMACOS Y PSICOTERAPIA DINAMICA

I. INTRODUCCIÓN

La psiquiatría actual se encuentra en una posición incómoda a caballo entre la Biomedicina y las Ciencias Sociales.

Epistemologicamente las aguas de la clínica están dividas entre:

1. *El Emprisimo:* Que sustenta la tradición de la práctica psiquiátrica y también la investigación científica cuyo objeto es el cerebro.
2. *El Racionalismo:* Que subyace al desarrollo psicoanalítico y de corrientes piscoterapéuticas cuyo objeto es la mente.

Sin embargo comienza a surgir una corriente integradora entre la Neurociencia Cognitiva y el Psicoanálisis que puede poner fin a su crisis progresiva y relance su energía intelectual. El reto es participar en este difícil intento de unión entre La Biología y La Psicología, incluyendo al psicoanalisis, para comprender La Mente.

De hecho la moderna Biología centra sus esfuerzos en el cerebro y la mente y como escribe Eric Kandel (1) **"La mente será a la biología del próximo siglo lo que los genes han sido a la biología del siglo que finaliza".**

Es en este marco conceptual donde ubicamos el escenario de una práctica clínica que se establece en la intersección de dos polaridades que a menudo aparecen como antagónicas.

Una es la polaridad que cree en la omnipotencia de la medicación, otra la que cree en la omnipotencia de la palabra. Entre esas dos polaridades se inserta el tema objeto de este análisis y la práctica clínica habitual en nuestros días: Un paciente en tratamiento psicoterapéutico individual-grupual a quien se le ha prescripto un tra-

tamiento psicofarmacológico. La situación incluye: El paciente –el Grupo en caso de tratamiento grupal–, un Psicoterapeuta, un Farmacoterapeuta (en ocasiones), y unas Píldoras y las (intensas) relaciones Transferenciales y Contra-Transferenciales que se generan dando lugar a una escisión conceptual que puede poner en peligro el tratamiento.

PSICOTERAPIA DINÁMICA: Es un tratamiento cuyo objetivo es la resolución de la patología inconsciente que subyace a la sintomatología clínica.

En este tipo de psicoterapia la interacción que tiene lugar entre terapeuta y paciente no tiene analogía con ninguna otra relación interpersonal o social que el enfermo haya tenido antes.

La neutralidad benévola, la abstinencia de manifestaciones personales y el anonimato del psicoterapeuta resultan extraños a un paciente que esperaba seguramente una actitud benigna, autoritaria, palabras de consuelo o prohibiciones moralistas.

El terapeuta debe explicar las razones técnicas que hacen necesaria esta peculiar relación. Así parte importante del material de trabajo, esta constituido por las ideas y los sentimientos que el paciente experimenta hacia el terapeuta (transferencia):

1. *La función del terapeuta* es reintegrar a la conciencia la realidad psíquica disociada. Mantener el encuadre y dar testimonio de su realidad como psicoterapeuta: La realidad psíquica prima sobre la realidad exterior y el encuadre funciona como una realidad externa.

2. *El Trabajo del terapeuta tiene que ver con:*

   Las resistencias que corroen el insight: La escucha en atención flotante (Contratransferencia), Desconocer la realidad fáctica y contactar con la realidad psíquica y Transformar la escucha en interpretación.

3. *La Identidad del Terapeuta* es: Un objeto real bueno para su paciente.

   La forma en la cual MEDICACIÓN Y PSICOTERAPIA DINÁMICA interactuan y se afectan mutuamente es un antiguo y al mismo tiempo actual problema. Problema intuido ya por Freud, aunque es en los años sesenta cuando la PSICO-

FARMACOLOGÍA se constituye en una realidad tangible y cuando aparecen los primeros trabajos. Esta claro que psicoterapeutas dinámicos y psicofarmacologistas emplean conceptos diferentes en la comprensión del paciente y sus dificultades: las desconfianzas y recelos, cuando no la más absoluta ignorancia mutua, han sido casi la norma.

En términos generales el tratamiento farmacológico que se recibe con gran escepticismo en los años cincuenta, da lugar luego a una ola de gran entusiasmo y quizás es en la actualidad cuando se comienza a comprender las limitaciones del tratamiento exclusivamente farmacológico. Ahora vemos surgir un renovado movimiento en el que se intenta que la psicoterapia dinámica junto a la psicología cognitiva y la neurobiología constituyan aspectos básicos de la terapeutica de los trastornos mentales.

Se va así soslayando esa idea no enunciada pero implícita de que a medida que se sepa más de la fisiología de los neurotrasmisores menos se debería recurrir a los conocimientos sobre psicopatología. Esta claro que la actividad mental posee siempre una dimensión psicológica de las correspondientes neuro histológica y bioquímica.

En este sentido es justo recordar que el psicoanálisis planteó desde sus orígenes una concepción somato-psíquica al enunciar la teoría de las **series complentarias.** El propio concepto de **"trieb",** pulsión, es un concepto límite que cabalga entre lo psíquico y lo biológico y es justamente este concepto el que tiende a articular ambos campos y no a separarlos.

Sin embargo las dificultades en admitir la medicación en el campo psicoterapeútico han sido y siguen siendo importantes. Paralelamente los biologicistas insisten en la ineficacia de la psicoterapia dinámica al actuar contra los factores causales de la enfermedad mental, que solo puede ser abordada por la medicación apropiada.

La "síntesis" obligada se produce muchas veces en los tratamientos multidisciplinares, tan de moda hoy en día, donde dependiendo del sesgo, el trabajo de la curva viene dado primordialmente por el farmacologista o el psicoterapeuta, y el otro tiene un papel secundario.

II. ASPECTOS HISTÓRICOS

Refería antes que Freud fue consciente de que el psicoanálisis y su poderosa influencia sobre la mente no sería el único instrumento de la cura psíquica. En el "Yo y el Ello" 1923(2) escribe que **"El futuro podría enseñarnos como ejercer una influencia directa por medio de sustancias químicas particulares, sobre las cantidades de energía y su distribución en el aparato psíquico".** También es cierto que quizás por pensar que **"La biología no había avanzado lo suficiente para ser útil al psicoanálisis",** estas ideas fueron abandonadas en sus escritos más tardíos.

Con el descubrimiento de las propiedades psicoactivas del carbonato de Litio, se reconoció a una de las primeras de las "sustancias Químicas" (en palabras de Freud) que afectan a la mente humana comenzando la lenta introducción de la psicofarmacología en la psicoterapia aunque no en el psicoanálisis. Esta introducción de la psicofarmacología fue ferozmente resistida por gran parte de la comunidad psicoanalítica, quienes ignoraron durante mucho tiempo las frecuentes referencias de Freud a una química de la mente, que el miró con interés y curiosidad.

En 1962, Mortimer Ostow (3), un psicoanalista con conocimientos de neurología fue el primero según la literatura norteamericana en destacar el uso de psicofarmacos en la terapia psicoanalítica. Este autor planteó que los fármacos procuran solo alivio y tratamiento paliativo ya que la cura es analítica. Añadió además que en ocasiones el alivio de los síntomas trabaja a veces no al servicio de la cura, sino al servicio de las poderosas fuerzas de la resistencia.

Dejando de lado las referencias norteamericanas nos encontramos con un autor que escribe en español, Enrique Pichon Riviere (4) quien en fechas tan tempranas como 1960, publica en "Acta Neuropsiquiatrica Argentina" un artículo titulado "Empleo del Tofranil en psicoterapia individual y grupal" señalando que el objetivo principal del uso de la Imipramina es "facilitar la movilización de estructuras o pautas estereotipadas (estereotipos) que se presentan y operan con las características de resistencia al progreso terapéutico".

Pichon Riviere, el creador de "Los Grupos Operativos" escribió que **"La ansiedad ante el cambio, hecho posible por el esclarecimiento, provoca por otro lado la resistencia al cambio y reacción**

terapéutica negativa. Aquí el Tofranil actúa bajando el monto de: Agresión, Ansiedad, Ambivalencia y Culpa y su acción posibilita un cambio producido por el esclarecimiento del campo de trabajo; Se produce la apertura de un círculo vicioso anterior, creándose las condiciones para la emergencia de una espiral dinámica de aprendizaje y comunicación". "... debido a la acción del fármaco se favorece la ruptura del estereotipo y el esclarecimiento psicoterapéutico permite al Grupo integrarse".

Desde aquellos ya lejanos años la Psicofarmacología y las Neurociencias han tenido un continuo desarrollo y como Pichon Riviere y otros indicaron, Psicoterapia Dinámica y Psicofarmacos pueden interactuar en forma beneficiosa antes que parasitaria.

III. PSIQUIATRÍA DINÁMICA EN LA DÉCADA DEL CEREBRO

Ahora que la Década del Cerebro esta finalizando y las Neurociencias despiertan la curiosidad no sólo de la investigación básica sino incluso del gran público, se ha afirmado que el tiempo podría estar maduro para un re-examen del pensamiento psicodinámico en los que una **"disciplina unificada de neurobiología, psicología cognitiva y psicoanálisis podrían forjar una nueva y más profunda comprensión de la mente",** como afirma E. Kandel 1999 (5).

Para aquellos de nosotros que tenemos una visión clínica del trabajo como una óptima integración mente-cerebro, dos tendencias en la psiquiatría actual han ido incrementando el desconcierto:

1. Antagonizar Biológico Vs. Psicodinámico.
2. Devaluar o considerar a la Psicoterapia Dinámica como irrelevante.

Gran parte de la polarización entre perspectivas biológicas y psicodinámicas resultan del fracaso de apreciar las complejas relaciones entre factores psicosociales y biológicos en la génesis y patogenia de los trastornos psíquicos. Va siendo un lugar común de la práctica clínica oír a pacientes en tratamiento psiquiátrico decir que tienen un "desequilibrio químico".

Esta explicación simplista y reduccionista parte de una confusión común, acerca de la distinción entre etiología y correlato, mecanismo

y causa. Asumir que el proceso bioquímico subyace a la actividad mental y conductual no implica hacer de él un reconocimiento como agente causal único, sino de su papel como mecanismo patogénico. En otro lenguaje, los imputs de información recibidas provienen de nuestro cuerpo, del medio ambiente y del subjetivo proceso que hacemos de ello. Todo esto determina que pensamos, sentimos o hacemos.

Sabemos que cambios neuroquímicos o neuroanatomicos en el cerebro pueden entre otros ser causados en relación a influencias psicosociales, en el medio ambiente y al sentido atribuido a estas influencias; Y como corolario de este punto de vista, intervenciones psicoterapéuticas podrían originar alteraciones permanentes del funcionamiento.

Impacto Psicológico sobre el Sustrato Biológico

Kandel (1979) (6), investigador que recibió el Nobel de medicina este año trabajó con series experimentales del caracol marino Aplysia y demostró que la efectividad funcional de las conexiones sinápticas pueden ser alteradas por experiencias de aprendizajes conectadas con el medio ambiente y específicamente a través de la regulación de la expresión de la información. El autor concluyó que yendo más lejos, **"nuestras palabras producen cambios cerebrales como la Psicoterapia produce cambios en la mente de los pacientes".**

Las investigaciones sobre primates han tenido un extraordinario valor heurístico en la demostración del impacto del trauma psicológico sobre el funcionamiento cerebral. Los monos de Squirrel en el trabajo de Coe-1983 (7), separados de sus madres experimentaron un aumento del cortisol plasmático. Más recientemente autores como McEwen-1995 (8) y Sapolsky-1996(9) demostraron que experiencias adversas precoces provocan una expresión genica aumentada para el factor liberador de corticotropina (CRF), la hormona que produce el hipotálamo para regular el eje hipotalamo-hipofiso-adrenal. Esto dará lugar a un aumento de glucocorticoides que provocará a su vez lesiones permanentes en el hipocampo, región vinculada a un tipo de memoria De Procedimiento (implícita) que es inconsciente y se desarrolla más precozmente que la memoria de Afirmación (explícita) que es consciente.

Los psiquiatras aun recordamos como en los años setenta se descubre que los pacientes depresivos tienen niveles de glucocorticoides que eran resistentes a la supresión por la dexametasona (test de supresión de la dexametasona). Se sabe que este CRF aumentado activa genes aun desconocidos y que en un futuro no lejano con sistemas apropiados podremos monitorizar la respuesta a la psicoterapia según los niveles de CRF-glucocorticoides.

La investigación viene demostrando también que separaciones maternales precoces producen cambios en:

- Receptores Opioides
- Secreción Hipotálamica de Serotonina
- Sensibilidad de receptores Noradrenergicos.

y que la utilización de Antidepresivos alivia los efectos de la separación y el aislamiento social de los monos pequeños.

Impacto Biológico sobre la Psicología

También se ha señalado el impacto biológico sobre la psicología del proceso de envejecimiento. Roose y Pardes en 1989 (10) en su trabajo sobre nuevas perspectivas psicoanalíticas sobre la edad media de la vida sugieren que el bien conocido proceso de maduración, asociado a un cambio a defensas más maduras podría estar ligado a la dramática caída en la Noradrenalina del locus coeruleus a partir de los cuarenta años. Todos estos datos y muchos otros señalan inequívocamente la mutua influencia entre psicología y biología en la psiquis humana y verifica la inseparabilidad de Mente-Cerebro.

Este posicionamiento da lugar a la corriente denominada PSIQUIATRÍA DINÁMICA definida por Glen Gabbard-1992 (11) "como una aproximación al diagnóstico y al tratamiento caracterizado por una manera de pensar acerca de ambos, paciente y psiquiatra, que incluye el conflicto inconsciente, deficit y distorsiones de la estructura psíquica y relaciones objetales internas y la re-experimentación de relaciones del pasado que se actualizan en el presente con el psiquiatra". Dentro de la amplia visión de esta definición se incluyen como herramientas terapéuticas indisociables, además de la aproximación psicoterapéutica, la farmacoterapia y el tratamiento hospitalario informado.

IV. DICOTOMÍA PSICOTERAPÍA DINÁMICA-FARMACOLOGÍA

A pesar de las conceptualizaciones antes enunciadas, sigue siendo una realidad que fármacos y terapias dinámicas son consideradas como formas de tratamiento antagónicas, aun para muchos clínicos y también para el público en general.

Actualmente y cuando las condiciones lo hacen posible se permite al paciente "informado" elegir al terapeuta con el que se comparten las creencias.

Todo esto contribuye a la persistencia del dualismo mente-cuerpo y de la batalla entre psicología y biología a nivel de la opinión popular y de los medios de comunicación. Es indudable que esto conduce a la estigmatización del tratamiento pero también da la posibilidad de comprender los problemas clínicos que surgen en la aplicación de una orientación terapéutica como la enunciada por la psiquiatría dinámica. Es decir el tratamiento combinado psicoterapéutico/psicofarmacológico.

La combinación de los fármacos y la psicoterapia puede actuar de forma sinérgica en la consecución de resultados positivos o bien competir entre sí y reducir la eficacia de cada una de estas modalidades terapéuticas.

Los conflictos ideológicos, aunque atenuados estos últimos años siguen pesando en nuestro campo, lo que lleva a Gerald Klerman (12) a enumerar los tópicos más habituales en esta interrelación:

Posibles Efectos Negativos de la Psicofarmacología sobre la Psicoterapia

Aunque la investigación empírica es casi inexistente, se ha afirmado que:

1. Fármacos inducirán una atenuación sintomática que provocará la interrupción de la psicoterapia.
2. Los fármacos debilitan las defensas: esta hipótesis sostiene que los síntomas mantienen un equilibrio entre conflicto y defensas. Los fármacos al reducir la ansiedad liberarán profundos conflictos que generarán nuevos síntomas. La extensa práctica no ha demostrado la consistencia de esta hipótesis.

3. Posibles efectos deletereos de los psicofármacos sobre las expectativas psicoterapéuticas: el paciente sentiría un cierto abandono por parte del terapeuta.

Posibles efectos Positivos de la Psicofarmacología sobre la Psicoterapia

1. Fármacos facilitan la psicoterapia: al reducir y atenuar los síntomas se incrementa la capacidad del paciente de trabajar en la psicoterapia.
2. Los fármacos afectan las funciones psicológicas del Yo requeridas para la intervención en psicoterapia: Al mejorar las habilidades verbales el funcionamiento cognitivo, la memoria, se amplían los beneficios de la psicoterapia.

Lo mejor es un tratamiento con un profesional experto en ambas modalidades terapéuticas, pero por una serie de variadas razones en estos últimos años asistimos a una nueva forma de tratamiento "multidisciplinarios" que integra ambas modalidades: titulados en medicina prescriben fármacos y personal no médico, habitualmente pero no siempre psicólogos clínicos, se constituyen en psicoterapeutas. Incluyendo al paciente se crea un triángulo terapéutico del que pueden surgir complejas reacciones transferenciales y contra transferenciales.

Como condiciones básicas para que este triángulo funcione, se debería tener en cuenta que:

1. El psicoterapeuta debería conocer algunos datos prácticos sobre la acción de los fármacos y sus efectos.
2. El farmacoterapeuta debe reconocer que el diagnóstico del paciente influirá sobre la relación medico-paciente y por tanto en la respuesta a la medicación.

Entre las posiciones críticas destaca la de Kelly-1992 (13) quien afirma que una íntima colaboración entre psicoterapeuta y psicofarmacólogo... ¡puede ser destructivo para el tratamiento! Así un énfasis en el "equipo de trabajo" podría representar un intento de los clínicos para que no afloren sentimientos competitivos y otros seguramente no muy claros. Mientras tanto el paciente, continúa Kelly,

podría terminar infantilizado y sin la oportunidad de poder apreciar las diferencias reales entre los terapeutas y sus respectivos roles.

Quizás por eso es fundamental que los roles de ambos clínicos se expliciten muy claramente al inicio del tratamiento

La derivación puede dar lugar a reacciones transferenciales positivas pero es más importante focalizar en las más frecuentes reacciones problemáticas que conducen a la disociación. El paciente podría experimentar la derivación de numerosas maneras:

- Mi médico/psicólogo me da por imposible.
- Estoy enfermo perdido.
- Mi médico/psicólogo es incompetente o incapaz de ayudarme en mi dolor. Sentimientos transferenciales negativos hacia el primer terapeuta que existían en el momento de la derivación o que son activados por esta, podrían dar lugar a una escisión de la transferencia en la cual el farmacólogo se convierte en "Objeto Todo Bueno" a los ojos del paciente. Esta idealización podría ser ampliada debido al dramático alivio producido por la mediación y por la actitud más activa, directa y de apoyo, sostenida por el psicofarmacologista.

Las dificultades transferenciales de tener dos terapeutas podrían complicarse por otros fenómenos:

- Ansiedad contratransferencial del primer terapeuta. Este se podría sentir incómodo por manifestar la necesidad de buscar otra intervención y al mismo tiempo revelar a ellos mismos y al paciente su incapacidad para manejar ciertos problemas.
- También pesa el hecho de tener que exponer su trabajo a un tercero y a sus posibles valoraciones críticas.
- Como algunos autores han sugerido, la derivación por sí misma podría constituir una actuación contratransferencial para acordar una pausa psicoterapéutica.
- El mayor error contratransferencial del psicofarmacologista es la connivencia con la reacción transferencial negativa del paciente hacia el psicoterapeuta.

El factor económico juega también un papel y si el paciente paga al psicoterapeuta como ocurre con frecuencia en nuestro medio y acude a una consulta psiquiátrica pública o de sociedades de segu-

ro libre, la situación esta servida para añadir un factor más de distorsión a esta relación.

IV. LA INTEGRACIÓN DE MEDICACIÓN Y PSICOTERAPÍA DINÁMICA

En una situación donde el sujeto sigue tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico, diferentes fuerzas se ponen en acción siendo la transferencia la senda común de todas ellas.

Hemos visto las dificultades que ocurren en un tratamiento multidisciplinario donde los diferentes abordajes promueven una variedad de mecanismos de defensa, siendo el más común la escisión, lo que da lugar a una situación secundaria que suele afectar antes o después, de forma negativa, saboteadora el curso del tratamiento.

Esto ha llevado a postular que sea **un psiquiatra dinámico** quien practique la psicofarmacología, quien tendría recursos para hacerlo de forma diferente y más efectiva que sus colegas que no poseen esta formación. Esta hipótesis se basa en el hecho de que este profesional comprenderá la Alianza Tearapéutica y posee experiencia en el análisis de las reacciones transferenciales del paciente ante la introducción de la farmacoterapia.

En este sentido y frente a un farmacoterapeuta que solo puede informar y neutralizar los temores del paciente ante los fármacos, un Psiquiatra dinámico puede trabajar con los significados inconscientes, complejos y variados del hecho de tomar medicación.

Lejos aquellos años en que los psicoanalistas advertían que la utilización de los fármacos fomentaría, en el curso de la transferencia, cuestiones que conciernen a la castración, la homosexualidad y la gratificación oral. Y desde la visión contratransferencial el manejo de la propia ansiedad.

Estos cambios han permitido en esta última década el surgimiento de conceptos como **Alianza Farmacoterapéutica** y la medicación puede ser planteada como fuente de enriquecimiento del material psicoterapéutico.

Es recomendable, siempre que no exista una necesidad aguda de intervención, esperar a una comprensión más clara de la dinámica

de la transferencia y a la instauración de una alianza terapéutica para prescribir los medicamentos.

De la experiencia ha surgido el hecho de que la medicación puede ser investida con las cualidades especiales del que la prescribe, transformándose de hecho en "Objetos Transicionales".

Si recordamos brevemente, Winnicot (14) introduce el término "fenómenos transicionales" para designar la zona intermedia, un espacio psíquico propio, situado entre el mundo interno del niño, el sujeto y el mundo externo. En este espacio aparece el "Objeto Transicional" como sustituto de la madre Escribe Winnicot que **"no hay la menor posibilidad de que un niño pase del principio del placer al principio de realidad a no ser que exista una madre lo bastante buena.** Poco a poco esta madre se adapta menos y menos al niño y este afronta los fallos maternales en una zona intermedia donde se dan los fenómenos transicionales".

En una publicación anterior con Francisco Delgado (15) afirmamos que **"el terapeuta podría estar imbuido con las cualidades que emanan desde el paciente y de este modo funcionar como objeto transicional".** Se puede ver así sometido a una forma primitiva de amor, mezcla de afectos y ataques destructivos. Como escribe Adelman (1985) si además este terapeuta le prescribe objetos inanimados (medicación apropiada), **"estos, los fármacos podrían funcionar también como objetos transicionales".**

Estos medicamentos, que el paciente sentirá que le ayudan, le cuidan y le protegen, permitirán incluso cuando el terapeuta sea visto como "todo malo", que ellos, los fármacos, retengan algunas de sus previas bondades.

Las cualidades del terapeuta se trasladan así, en ocasiones a estas prescripciones que podrían "sostenerle" más allá del terapeuta, funcionando como una buena madre.

> **"Este concepto de fármacos como objetos transicionales puede ser reconocido, promovido, tolerado e interpretado a veces, y ayudar a una efectiva integración de la medicación y la psicoterapia".**

Para terminar quiero hacerlo con una cita de Freud (16) quien en 1922 en "Psicoanálisis" escribió lo siguiente:

> "El psicoanálisis no se encuentra en oposición a ella (la Psiquiatría), como se creería por la conducta casi unánime de los psiquia-

tras. Antes bien, en su cualidad de psicología de lo profundo (psicología de la vida anímica sustraída de la conciencia), está llamada a ofrecer una base y a remediar sus limitaciones". ***"El futuro creará previsiblemente una psiquiatría científica a la que el psicoanálisis habrá servido de introducción".***

BIBLIOGRAFÍA

Kandel ER. Biology and the future of Psychoanalisys: New intellectual framework for Psychiatry revisited. Am J. Psichiatry. 1999 156, 505-523.

Freud S. Obras Completas El yo y el ello. Tomo XIX. Amorrortu editores Buenos Aires 1980.

Ostow M. Drugs in Psichoanalysis and Psichotherapy. New York. Basics books 1962.

Pichon Riviere E. Empleo de Tofranil en Psicoterapia individual y grupal. En El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social Ediciones Nueva Visión Buenos Aires. 1981.

Kandel ER. Biology and the future of psychoanalisys. New intellectual framework for Psychiatry revisited. Am J. Psichiatry 1999-156, 505-523.

Kandel ER Psichotherapy and the single synapse. N. England Med. 1979. 301, 1028-1037.

Coe CL Behavioral but not phisiological adaptation to repeated separation in mother and infant primates. Psychoneuro Endocrinology 1983, 401-409.

Mc Ewen BS. Sapolsky RM. Stress and Cognitive Function. Curr Opin Neurobiol. 1995, 5, 205-216.

Sapolsky RM. Why stress is bad for your brain. Science. 1996, 273, 749-750.

Roose SP, Pardes H. Biological considerations in the middle years. In the middle years: New psychoanalityc perspectives. New Haven. Yale University Press 1989.

Gabbard G. Psychodynamic psychiatry in the "Decade of the Brain". Am. J. Psychiatry 1992, 149, 8.

Klerman GL. Integrating Pharmacotherapy and psychotherapy. American Psychiatric Press, inc. 1991.

Kelly KV. Parallel treatment: Therapy with clinican and medication with another. Hospital and Community Psichiatry 1992, 43, 778-780.

Winnicot DW. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis Capítulo 8 Editorial Laia 1979.

Szerman N, Delgado F. Diagnóstico Dual, Mediación y Objetos Transicionales en el Abordaje Psicoterapéutico de las Drogodependencias Adicciones 1994, 6-1, 5-14.

Adelman SA. Pills as Transitional Objects. Psychiatry. 1985, 48, 246-253.

EMILIO GAMO MEDINA

Psiquiatra

PILAR PAZOS PEZZI

Psicóloga

QUÉ CABE ESPERA DEL GRUPO Y PSICODRAMA ANALÍTICO

INTRODUCCIÓN

Abordar el tema del tratamiento psicofarmacológico y los grupos terapéuticos supone establecer su posible paralelismo, complementariedad o comparación. Los estudios que intentan valorar la eficacia de los tratamientos grupales pueden caer en una confusión; hay que tener en cuenta que de cada procedimiento terapéutico cabe esperar resultados no superponibles ni homogéneos. Por eso, reflexionar sobre grupos y psicofármacos en la práctica clínica, desde la perspectiva del empleo de éstos en los pacientes que consultan por problemas de salud mental, supone plantearse (dando por sobreentendido que se acepta la eficacia, mayor o menor según los casos, de los psicofármacos en la remisión de síntomas y trastornos psiquiátricos) qué cabe esperar de la participación en un grupo terapéutico y preguntarse por las indicaciones. Estas cuestiones se afrontarán desde una perspectiva concreta, la de la práctica del grupo con pacientes, en muchos casos tratados en el ámbito de la asistencia pública.

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO Y PSICODRAMA ANALÍTICO

En primer lugar describiremos brevemente la modalidad de trabajo grupal de la que se parte. Ha sido denominado por los analis-

tas que lo desarrollaron, P. y G. Lemoine (1) (2), como personajes más relevantes, grupo y Psicodrama freudiano. Se puede denominar también grupo y Psicodrama analítico, ya que es una práctica grupal, de base analítica, con dramatizaciones, y con un contenido y características definidas que se abordarán más adelante. Esta práctica surgió de los intentos de diversos psicoanalistas franceses que incorporaron determinados elementos técnicos de J. Moreno (3), como la escena, los roles, el yo auxiliar, el doble, los soliloquios... dentro de su práctica grupal de base analítica; entre ellos cabe citar a S. Lebovici (4), D. Anzieu (5) y D. Wildlöcher (6). Posteriormente, P. y G. Lemoine y otros, desde la perspectiva del análisis freudiano, desarrollaron su particular orientación, dentro de la que se encuadra nuestra práctica. En la línea evolutiva de desarrollo de la terapia analítica de grupo, se comenzó con el análisis de individuos en un grupo, para pasar, a continuación, a centrarse en los mecanismos propiamente grupales, concibiendo el grupo como una totalidad como hiciera W.R. Bion (7), o de forma más limitada S.H. Foulkes y E.J. Anthony (8).

En este eje individuo grupo se puede entender la presente orientación como un análisis por el grupo, que es un espacio de circulación de significantes, de resonancia de las escenas y verbalizaciones acompañantes, bajo la mirada que favorece las identificaciones, y donde los individuos, aunque incluidos en este espacio, son considerados uno por uno.

Para caracterizar la metodología de trabajo y los elementos teóricos básicos nos remitimos a lo expuesto en nuestras publicaciones anteriores (9) (10). No se insistirá en diversos aspectos que ya han sido tratados en ellas.

"El grupo se compone de una cifra que oscila entre seis y doce personas. Se reúne, preferentemente, con una frecuencia semanal, durante hora y media. Es abierto y puede incluir nuevos miembros, así como tener altas. Hay dos terapeutas, un animador y un observador. En la sesión alguien comienza a hablar y se le deja que exprese su discurso, que se anuda con el de los otros miembros, avanzando de forma metonímica por deslizamiento de significantes, esperando una intervención del animador. Para favorecer la emergencia del inconsciente, bajo el sentido manifiesto de lo que cada uno dice, se invita a algún miembro a representar algo de lo relata-

do. Para esto se ha debido realizar una escucha para elegir la persona y el momento de la escena, a partir del primero que habla y el eco en los demás por semejanza, oposición, etc. La escena supone:

- La elección de los otros que representarán algo, el papel y los motivos de esta elección.
- La representación (a veces son lapsus, discordancias con los previamente relatado, momentos de sorpresa que hacen tambalear el discurso consciente.
- La eventual aplicación del cambio del rol del protagonista con el otro de su identificación.
- Las escenas no deben ser fabuladas ni intencionalmente modificadas. Existe la posibilidad de hacer interrupciones en su representación. En general, se desalienta lo excesivamente catártico o emocional.
- La escena es una repetición que a través de sus aspectos fallidos puede permitir un nuevo encuentro y combinación de significantes para el sujeto. De este modo se trata de que la relación del sujeto con su discurso y con la consideración de la aparente causa de su sufrimiento cambie. Posteriormente a la escena, se pregunta a los otros yoes auxiliares por su resonancia de la misma. El resto de los miembros del grupo continúa expresándose y asociado. Se establece una línea de circulación de significantes enlazando los discursos y escenas hasta que el animador finaliza la sesión.

En este momento, el observador realiza una breve observación, señalamiento de la cadena asociativa o su forma de articularse.

La representación y la mirada, implicando ambas el cuerpo, son elementos diferenciales de los grupos psicodramáticos. El juego múltiple de la mirada está siempre presente. Al final de las sesiones, el observador ofrece una visión de lo que ha podido no verse.

Siguiendo a P. y G. Lemoine, entre los objetivos del grupo está el hacer una ruptura con el discurso previo mantenido por los pacientes, para instaurar otro nuevo que tiene que ver con la escucha inconsciente y su relación con el deseo.

Se abre un lugar donde ante la mirada del otro se facilita la propia expresión. Se opone la sorpresa, la pregunta o enigma que surge de la dramatización, a la compresión "intelectual". Los lapsus pue-

den suponer el desmoronamiento del discurso yoico y facilitar la emergencia de lo reprimido, negado, del deseo ignorado.

En este tipo de psicodrama es importante fijarse en el Yo Ideal, amenazado de fragmentarse ante la mirada y golpeado en la medida que se reconoce la falta en la identificación con el padre castrado. El juego de proyecciones sobre los otros miembros del grupo, ancladas en la propia familia, remite con frecuencia al triángulo edípico".

Aunque se trata de una modalidad bien definida, tiene puntos en común con muy diversas prácticas grupales, en primer lugar con las de base psicoanalítica, y con otras formas de psicodrama de esta orientación. Alguna de estas características más comunes de las técnicas psicodramáticas, han sido descritas por J.M. Sacks (11).

- Temporalidad centrada en el presente.
- Desarrollo de la capacidad de simbolización.
- La escenificación como forma de privilegiar lo concreto frente a la defensa del salto a las generalidades.
- El rol playing como mediación entre la realidad y la fantasia.

Se debe además considerar que en los grupos existe un juego de transferencias horizontales entre los diversos miembros y verticales con el terapeuta. El grupo tiene una dinámica que se desarrolla a lo largo de su funcionamiento. Para que cumpla su misión terapéutica requiere de la coordinación del analista que lo articule, (S. Resnik) (12). Los miembros de un grupo tienen la posibilidad de tomar conciencia de sus actividades y comportamientos con el proceso grupal, como hacen notar R. Kaës y D. Anzieu (13), que aluden también a la tensión dialéctica entre el aparato psíquico grupal (donde el grupo se construye y funciona como una formación imaginaria) y el aparato grupal, considerado el grupo como una formación social real. Partiendo de las consideraciones de los anteriores autores, S. Blajan-Marcus (14) incide sobre la "ilusión grupal", necesaria y constituyente del grupo, pero que debe ser superada; "en efecto, cada uno busca en los otros el objeto perdido y cree encontrarlo en su mirada, su voz, sus palabras tranquilizantes. Y es eso fundamentalmente lo que va a impedir el trabajo terapéutico de los participantes si se satisfacen en ello". La evolución del grupo supone que, favorecido por la actitud de los terapeutas, se llegue a una fase de desencanto en la que pueda existir un desanudamiento y permitir la

individuación y toma de palabra de cada uno. P. Lemoine (15), basándose en el artículo de Freud "Construcciones en psicoanálisis" (16), habla de las similitudes y diferencias con las construcciones del psicodrama, teniendo en cuenta que éste tiene un espacio visual que falta en el análisis, nos dice: "el psicodramatista hace advenir el suceso, el juego se produce y no solo se narra. Así se da la posibilidad al paciente de volver a ver y también de inventar, a través de lo que se olvidó, las partes faltantes de la escena". Explica que se opera aquí más que como un arqueólogo como un tapicero que repara la continuidad del tejido, los agujeros que han hecho desaparecer los motivos son rellenados, a veces, con motivos reinventados pero cuya verosimilitud se impone. Al enlazar los fragmentos de una vivencia y volver a ver a los actores de un drama pasado, reactulizado en el juego, estos fragmentos vividos se restituyen a la vista, resituados en el espacio interior, ocupado por los miembros del grupo, reflejo de los personajes interiores del pasado.

INDICACIONES Y EXPECTATIVAS

Las indicaciones del empleo de la intervención grupal a la que nos referimos, con respecto a los pacientes psíquicos (dejando a parte los psicóticos de los que no se va a tratar específicamente en este trabajo) se dirigirían a personas con una problemática neurótica en sentido amplio, trastornos de personalidad o psicosomáticos, crisis vitales o adaptativas desencadenantes de una quiebra en una estructura anteriormente compensada... en general a las personas con mecanismos repetitivos patológicos y suceptibles de beneficiarse de una terapia basada en la palabra que ayude a afrontar o replantearse situaciones biográficas.

Los pacientes se derivan tras entrevistas evaluatorias o un tratamiento previo. Habitualmente, después de una estabilización de la sintomatología más aguda o perturbadora, si ésta existiese. En un elevado porcentaje hay un tratamiento psicofarmacológico. Dentro de la asistencia pública encontramos (10), en una muestra amplia de participantes en grupos, que un 64% tenían tratamiento psicofarmacológico. En un principio no se derivarían los casos más apropiados para abordajes psicoterápicos breves o problemáticas muy

focalizadas, ni a aquellos otros en los que se estime una contraindicación (sin hablar en términos absolutos podríamos pensar en sujetos con mucha inestabilidad o frecuentes descompensaciones, gran tendencia a las actuaciones o manipulación, estructuras deficitarias...). La decisión de hacer un abordaje individual o grupal a veces es relativa, otras está en relación con las características clínicas y situacionales con respecto a la demanda asistencial.

La derivación al grupo supone un ir más allá de la petición de ayuda por el sufrimiento centrado en un síntoma y de la remisión de éste, en un gran número de veces tras un tratamiento farmacológico (más o menos eficaz). Cuando se juzga indicado continuar dando este paso, existe un corte o cambio de discurso, una consideración de la pregunta por el sufrimiento de cada sujeto dentro del marco del espacio grupal.

En el estudio previo, anteriormente citado (10), en un 62% del total se evidencia una clara mejoría tras la participación en un grupo (posterior, en la mayor parte de los casos, a una mejoría sintomatológica previa) y hasta en un 40% del total se constataba la existencia de cambios positivos significativos en la vida personal.

La experiencia del trabajo con grupos lleva a postular, por parte de los terapeutas, distintas expectativas que cabe esperar, como las siguientes:

- Capacidad para afrontar determinadas decisiones o cambios problemáticos.
- Replanteamiento o resituación en relación con la vida familiar o conyugal.
- Posibilidad de evolución en relación con los aspectos psíquicos problemáticos o psicopatología en el terreno laboral o estudiantil. A menudo, en estos campos hay dificultades reales que implican a grupos sociales de referencia; la terapia grupal puede permitir, sin negar las circunstancias adversas o el estrés externo, poner cierta distancia y recolocar al sujeto ante estos.
- Hablar sobre temas como la sexualidad, la identidad sexual, la dificultad de responder a los otros, aceptar los propios límites o errores, reconocer las necesidades de ayuda.
- Hacer frente a las rígidas exigencias parentales (o que se juzgan como tales) y a las autoexigencias excesivas.

- Ayudar, a través de las identificaciones grupales, a la elaboración de duelos recientes, antiguos o el duelo anticipado.

Puntuaciones sobre el material de sesiones

Sin pretender una exposición rigurosa y detenida de materiales acerca de lo anterior se expondrá, en base a observación de sesiones, una breve puntuación que ilustra lo dicho:

En un grupo de adultos jóvenes, una chica, con crisis de angustia y temores fóbicos, ha hablado de las dificultades con su novio celoso y que siempre trata de imponer su voluntad, considera esto inevitable, como si no pudiera cambiar ni dejar esta relación; más adelante comenta que en su trabajo, con su padre y hermano, también siente que tiene que hacer la voluntad de estos y se considera tratada peor que su hermano. Una mujer en la veintena que tuvo una depresión, con tendencia al aislamiento social y a la dependencia, desencadenada tras una ruptura de pareja, años después de la muerte de un hermano, con el que tenía una relación muy estrecha, trabaja también en una empresa familiar con otro hermano que es su jefe y por el que se siente poco apoyada afectivamente. Habla con frecuencia del hermano muerto hace años, cuya pérdida no puede superar. En una sesión posterior, la primera comenta que se ha atrevido a plantear una mejora en sus condiciones de trabajo al padre, expresando sus quejas, lo que ha supuesto un cambio positivo. Representa la escena de la conversación con el padre. La segunda chica representa también una situación en la que pide un aumento de sueldo a su hermano; sin extenderse en detalles, se pone de relieve la queja por el distanciamiento de este hermano a raíz de un determinado momento de la vida y como se anudan la pérdida de su novio, el duelo por el hermano muerto y por la carencia de la relación anterior, más afectuosa, con el hermano con el que trabaja. Sesiones después comenta que ha empezado a salir más, a actuar de forma más autónoma y se encuentra mejor.

Un chico, que participa desde hace bastante tiempo en el grupo, con una importante problemática de personalidad y una crisis prolongada coincidente con la enfermedad grave de su madre, que se inició en su adolescencia alargándose durante años y que ha muerto recientemente; representa una escena en la que acompaña a la

madre al hospital, lo cual cree que debe hacer aunque le origina contrariedad, la madre le dice que debe hacer su vida y divertirse. Ahora se le plantea el reanudar ésta en un momento en el que se siente sin deseos.

Otra chica, que sufrió una depresión al poco de iniciar su primer trabajo, comenta por primera vez ahora que su madre enfermó año atrás de cáncer, durante su pubertad, y se recuperó pero desde entonces ella teme que pueda morir y le cuesta mucho separarse de ella, estando siempre excesivamente pendiente de su progenitora. Se habla en el grupo de la dificultad para encarar el futuro o los deseos propios de cada uno. El referido joven dice que le cuesta mucho salir y que no es capaz de entablar relaciones con chicas, refugiándose en la fantasía de que forma una pareja con una mujer ideal mayor que él, parece indicar que no es capaz de interesarse por ninguna chica real; más adelante va recordando y explicando que esto no es exactamente así; representa una escena de hace años en la que en un viaje con unos amigos, una muchacha le realizó una solicitud muy directa. Aparece su temor unido a deseo en este momento y su tendencia a la huida, recuerda otras situaciones semejantes.

Por último, hay que señalar que los efectos de la participación en un grupo pueden observarse tiempo después. Un adulto joven participó durante años en un grupo terapéutico apareciendo, reiteradamente, materiales en torno a su identificación con el padre castrado (negada y asumida después) que, a pesar de sus buenas cualidades para el trabajo, no había logrado durante mucho tiempo empleos satisfactorios; él también tiene un buen nivel intelectual y preparación, pero realiza desde hace tiempo, un trabajo por debajo de sus capacidades, lo que le frustra mucho. Terminó su terapia grupal tras haber mejorado sintomáticamente (tenía alteraciones del ánimo, ansiedad, rasgos obsesivos y sentimientos de inseguridad e infelicidad) y haber realizado ciertos cambios biográficos positivos. Más de un año después, consultó de nuevo por una depresión en relación con problemas que habían surgido en su trabajo. A pesar del malestar pudo plantearse el dejar este, lograr prepararse y encontrar otro mucho más acorde con sus capacidades, sintiéndose claramente mejor.

USO DE PSICOFÁRMACOS Y PARTICIPACIÓN EN UN GRUPO

La participación en grupos terapéuticos no tiene una relación directa con el empleo o no de tratamiento psicofarmacológico; no permite evitar, en general, recaídas sintomáticas como serían las de determinados cuadros depresivos. No obstante se observa que los pacientes tienden a aceptar la medicación de una forma más funcional, sin sentirse dependientes de ella de un modo mágico, puesto que pueden llegar a comprender mejor su alcance y límites. Por consiguiente, también suele disminuir los abandonos de los fármacos que se dan como un intento imaginario de independencia.

En bastantes casos se favorece alguno de los siguientes hechos: la reducción de dosis o el prescindir del tratamiento farmacológico al cabo de algún tiempo, el superar el temor a abandonar este, o por el contrario aceptar de un modo pragmático, y sin gran sobrecarga emocional, la necesidad de continuarlo cuando sea medicamente adecuado.

La escucha grupal facilita el aprovechamiento de la mejoría sintomática para realizar cambios biográficos que logren evitar descompensaciones o afrontar mejor recaídas que resulten, o se vivan como pasajeras.

En conclusión, el uso de psicofármacos, que logra una mejoría de los trastornos clínicos, de sus síntomas más agudos o descompensados, a nuestro entender no supone una contradicción con la terapia grupal, sino que permite plantearse objetivos terapéuticos de la índole de los que se han descrito en relación con los grupos. Estos implican una complementariedad y al tiempo un punto de inflexión o corte. A través del imaginario grupal puede darse un trabajo con lo simbólico que resitue al sujeto con respecto a sus síntomas y sufrimientos, a sus deseos, a su lugar frente a los otros y cara a los cambios y decisiones a tomar en su vida. A su vez es posible también un cambio en la actitud y papel subjetivo que se atribuye al tratamiento farmacológico.

RESUMEN

Se describen brevemente las características de "grupo y psicodrama analítico", desde el punto de vista teórico y de las particula-

ridades de su empleo. Se plantean sus indicaciones y expectativas que cabe esperar. Se establece la diferencia de objetivos y posible complementariedad con el tratamiento psicofarmacológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lemoine, G. y P., Teoría del psicodrama. Gedisa. Barcelona, 1972.
2. Lemoine, G. y P., Jugar, gozar. Por una teoría psicoanalítica del psicodrama. Gedisa. Barcelona 1980.
3. Moreno, J.L., Psichothérapie de groupe et psychodrame. P.U.F. París, 1965.
4. Lebovici, S. y otros. Bilan de dix ans de thérapeutique pour le psychodrame chez L'enfant. P.U.F. París, 1958.
5. Anzieu, D., Le travail psychoanalytique dans les groups. Dunos. París, 1962.
6. Wildlöcher, D., El psicodrama en el niño. Planeta. Barcelona, 1976.
7. Bion, W.R., Experiencias en grupos. Paidós. Barcelona, 1980.
8. Foulkes, S. y Anthony, E.J., Psicoterapia psicoanalítica de grupo. Paidós. Buenos Aires, 1984.
9. Gamo, E. y Pazos, P., Empleo de grupos y psicodrama de orientación psicoanalítica, en Terapias e intervenciones grupales. Ed. Yoy & Us, S.A., Madrid, 1988.
10. Gamo, E.; Álvarez-Estrada, E.; Torres, E.; Pascual, P., Grupo y psicodrama de orientación analítica, puntualizaciones teóricas e indicación en los Servicios de Salud Mental, en Gamo, E. y Gómez, R., Grupos terapéuticos y Asistencia Púbica, AEN, Madrid, 1997.
11. Sacks, J.M. Psicodrama en Kaplan, H.; Sadock, B., Terapia de grupo, Madrid, Médica Panamericana, 1996.
12. Resnik, S., El individuo y el grupo, Clínica y análisis grupal, n..º 45. Madrid, 1987.
13. Käes, R. y Anzieu, D., Crónicas de un grupo. Gedisa. Barcelona, 1979.
14. Blajan-Marcus, S., El grupo y el análisis, Cuadernos de Psicodrama, n..º 8. Madrid, 1986.
15. Lemoine, P., Construcciones en psicodrama, Cuadernos de Psicodrama, n..º 4. Madrid, 1985.
16. Freud, S., Construcciones en psicoanálisis. Obras completas, tomo III, págs. 3365 y siguientes. Biblioteca Nueva. Madrid, 1973.

M.ª José de la Viña Guzmán

Psiquiatra. Psicoanalista

GRUPOS DE PSICOTERAPIA ANALITICA PARA PSICOTICOS

Quiero agradecer a la organización de esta XVI Reunión de la Asociación Española de Psicodrama su invitación para intervenir hoy en esta mesa, dado que no conozco en profundidad las técnicas del psicodrama y que, en realidad, mi práctica con grupos, que se ha ido desarrollando a lo largo del tiempo, y variando con los movimientos de mi formación teórica, no se adscribe a ninguna ortodoxia, sino que es un tanto sui generis.

Me ha ido ocurriendo lo que supongo nos ocurre a todos los que nos dedicamos al trabajo con pacientes psíquicos, y en particular con psicóticos, que he ido encontrando una forma de manejo, un estilo, que a mí me sirve por el momento, y que, aunque no suponga ninguna innovación ni invento específico, voy a intentar exponeros hoy, de manera que esta oportunidad es, a la vez, ocasión para mí de reflexionar sobre mi práctica.

FUNDAMENTO TEORICO

Voy a pasar ahora a enumerar algunos puntos de referencia teóricos, de los que parto en relación a las psicosis.

El primero es Freud, en especial en el análisis que hace del caso Schreber. Como es conocido, Freud no analizó a Schreber, sino que escribió sus "Observaciones sobre un caso de Paranoia (Dementia Paranoides) autobiográficamente descrito" a partir del texto escrito y publicado por el propio Schreber: "Memorias de un Neurópata".

Con las herramientas teóricas con que contaba en aquel momento (1910), desmenuza el delirio de Schreber de tal manera que al final vemos en él, no un producto absurdo de una mente enferma, si-

no una verdadera producción psíquica que, para asombro del propio Freud, sigue las leyes de funcionamiento del inconsciente que él había deducido del análisis de los sueños, del de los síntomas de sus pacientes neuróticos, y de la psicopatología de la vida cotidiana

Los psicóticos, dice Freud, "revelan espontáneamente lo que los neuróticos ocultan como su más íntimo deseo". En Schreber está también en juego "el complejo del padre", pero, para dar cuenta de las diferencias clínicas entre la psicosis de Schreber y las neurosis, trata de buscar los mecanismos de formación de síntomas, el "mecanismo paranoide". Si en las neurosis el síntoma se origina por fijación, represión y retorno de lo reprimido, en la paranoia la fijación sería al narcisismo, la represión, retracción de la libido que provocaría una regresión desde la homosexualidad sublimada hasta el narcisismo, y el retorno de lo reprimido se realizaría también de manera diferente: "lo interiormente reprimido retorna desde el exterior". (Proyección)

El mecanismo de la represión sería el mismo en la Paranoia que en la Esquizofrenia (que propone denominar Parafrenia), diferenciándose ambas en cuanto al punto de fijación.

La diferencia más radical para Freud entre neurosis y psicosis estriba en la capacidad de transferencia, lo que tiene importantes repercusiones en la clínica: según él, el psicótico no es abordable por medio del psicoanálisis. No excluye sin embargo, que las investigaciones futuras pudieran modificar ese estado de cosas.

El segundo punto de referencia es Lacan. Lacan empezó su práctica clínica como psiquiatra en el tratamiento de psicóticos, y fue precisamente el caso Aimée, en el que basó su tesis doctoral, lo que propició su acercamiento al psicoanálisis.

En el Seminario III "Las estructuras freudianas en las psicosis" basándose en el trabajo de Freud sobre Schreber, plantea un mecanismo específico de constitución de la estructura psicótica: la forclusión, palabra que recoge de Freud cuando relata en el caso de "El hombre de los lobos", el episodio de la alucinación del dedo cortado.

Aborda allí las psicosis desde dos ángulos:

El de la constitución del Yo: El estadío del espejo.
El de la constitución de lo simbólico: La metáfora paterna.

En la escena tan conocida del estadío del espejo: la madre sosteniendo al niño en brazos ante el espejo, mira la imagen de éste y llamando su atención le señala diciendo "eres tú". El niño se mira, se reconoce con júbilo y se vuelve hacia la madre buscando su corroboración. Aquí encontramos cómo la mirada de la madre y sus palabras permiten el reconocimiento por parte del niño, de su imagen como cuerpo cerrado, no fragmentado, anticipándose a lo que será, antes de la adquisición del lenguaje y de la autonomía motriz. Se ve fuera de sí mismo, quedando así alienado en la imagen especular en dos dimensiones. La imagen así, se une al nombre y a la mirada amorosa de la madre, que constituirá el Ideal del Yo.

En esta escena puede haber accidentes: puede faltar la mirada de la madre, puede faltar la palabra, el nombre, o puede haber también una inclinación en el espejo que no permita que la escena aparezca completa. Cualquiera de estas posibilidades tendría como consecuencia un fallo en la constitución del Yo, una fragilidad narcisística. Esta escena es, por supuesto mítica, no hay que buscarla en las etapas del desarrollo evolutivo y no se trata de una escena única, sino que se reedita a lo largo de diversas situaciones de la vida.

Las consecuencias son:

- La constitución de un Yo alienado.
- La del Ideal del Yo.
- La de una imagen corporal cerrada.
- El anudamiento entre la imagen, la palabra y el nombre, y la pulsión. R.S.I.

El segundo ángulo por donde aborda Lacan la cuestión de las psicosis es el de la constitución del lenguaje simbólico, esto es, la Metáfora Paterna. Si para Freud el Edipo, al someter las pulsiones parciales a la primacía de lo genital, a través del complejo de castración y renuncia al objeto incestuoso a favor del padre, con identificación al deseo de éste, es lo que culmina la construcción del aparato psíquico del niño, Lacan con el concepto de Metáfora Paterna trata de separar la persona de los padres de su respectiva función. El padre, es una función que viene a desalojar al niño del lugar de falo de la madre. Para ello el padre, o quien actúe como tal, ha de situarse como siendo el que tiene el falo, y dar prueba de ello. De una parte, es preciso que la madre oriente al niño hacia el padre, que su

deseo se dirija fuera del niño, y de otra, que el padre dé prueba de tener el falo. Con ello, el niño construirá una versión del padre, una père-version, y éste será el padre que funcione pare ese niño. El falo como lugar de excepción y el padre como ley, estando sometido a la ley. El significante del nombre-del-padre es la garantía de funcionamiento de lo simbólico y permite el anudamiento de los tres registros R.S.I. en forma borromea, es decir, que si uno de ellos se suelta, se soltarán los tres. S: el lenguaje. R: lo real. I: la imagen del cuerpo.

La forclusión del Nombre-del-Padre es la falta de ese significante primordial que sujete los tres anillos.

Cuando algo en la realidad, Un-padre, apela al sujeto y éste no tiene elemento simbólico con qué responder, cuando el Nombre-del-Padre ha sido forcluído, se desencadena la psicosis, se desanudan los tres registros.

La metáfora delirante, viene a suplir, fallidamente, la falta del significante del Nombre-del-Padre, y por tanto, contribuye a estabilizar la psicosis.

Lacan aporta pues, en este Seminario, una clara diferenciación entre neurosis, psicosis y perversión, que excluye la posibilidad de un continuum entre estas estructuras; un mecanismo específico del desencadenamiento y la formación de síntomas en las psicosis, y una indicación de hacia dónde debería apuntar la dirección de la cura.

Más adelante, con la formalización del matema de la transferencia, abrirá la posibilidad de pensar desde la teoría, cuál puede ser la posición del psicótico en la transferencia, y por tanto, la del analista en el manejo de la misma.

El psicótico no transfiere como el neurótico, no deposita en otro el lugar de sujeto-supuesto-saber, sino que, como el analista se ofrece como objeto de transferencia. Da testimonio de ser objeto del goce del Otro, en otras palabras, es un mártir del inconsciente. El analista así, no puede situarse en el mismo lugar que en la transferencia de la cura del neurótico, so pena de verse incluido como perseguidor en el delirio. Lacan apunta hacia otro diferente: hacerse "secretario del alienado", posición de quien recoge y escucha activamente su testimonio sobre los fenómenos de invasión de lo real que padece y de su protesta y lucha, o bien de su anonadamiento, ante ellos.

Wittgenstein, al hablar de cuando la herramienta del nombre se rompe, dice que lo que no se puede decir, se muestra.

El psicótico, al no encontrar en su interior una garantía simbólica ante el encuentro con "Un-padre", apela al público, muestra, como dice Françoise Davoine citando a Wittgenstein, "la herramienta del nombre rota".

CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS

Se trata de grupos abiertos formados por 6-10 pacientes, con un coordinador y un observador que toma notas.

El grupo actual en concreto, está formado por psicóticos crónicos, de entre 8 y 10 años de evolución, con edades comprendidas entre los 25 y los 58 años. Los diagnósticos son de Esquizofrenia Paranoide y de Tr. Esquizoafectivo, y el estado de la mayoría es de cierta actividad psicótica, alucinatoria y delirante, con síntomas negativos, sin llegar a presentar un deterioro importante. Todos ellos reciben tratamiento psicofarmacológico. El grupo se realiza en el C.S.M. de Parla, el nivel sociocultural es bajo, ninguno tiene más estudios que los primarios, y llegan al grupo derivados desde mi consulta o por otros psiquiatras del centro.

El encuadre es de una sesión semanal de 1,5 h. de duración, que se interrumpen en Navidades, Semana Santa y Agosto. No hay más condición al inicio que la voluntariedad y el respeto al quien esté en el uso de la palabra.Se plantea como deseable el aviso si van a faltar, y a lo largo del tiempo, el grupo se va dando otras normas, como el fumar o no, por ejemplo.

TÉCNICA

La técnica que utilizo está basada en el concepto de "transferencia al psicótico" que antes he mencionado, intentando ocupar una posición de interés, cuidado en evitar el lugar del poder o del saber, depositando en el grupo el control del orden, de la elaboración de normas... devolviéndole las preguntas que puedan dirigirme respecto a un saber psiquiátrico... y con gran cuidado en cuanto a los

nombres, el reconocimiento de la tarea allí realizada por cada componente y al valor de su experiencia particular sobre la enfermedad.

El psicótico, movido por los fenómenos de invasión del Yo que experimenta, emprende espontáneamente la tarea de investigador sobre la locura, mi tarea en el grupo es la de favorecer esta investigación, empujando y valorando sus esfuerzos.

Esta actitud mía, es similar, por otra parte, a la que a lo largo del grupo adoptan los unos con los otros. Impresiona ver el respeto y la consideración con que se tratan, la forma de recoger las palabras de los otros, y el interés que muestran hacia la vida y los problemas de cada uno. Ante la reincorporación de un paciente con actividad alucinatoria importante y musitaciones, le dice otro: "se te entiende ahora mejor. Yo también estoy mejor ahora y cojo la conversación con más facilidad, al mismo tiempo que tú te expresas también con mayor claridad"

DESARROLLO DEL GRUPO

El grupo actual está ahora en su tercer curso. Fue en su comienzo un grupo muy inhibido, con un ritmo lento, grandes silencios que no parecían angustiarles... y poco a poco fueron hablando de sus síntomas, descubriendo que les pasaban cosas similares. Más adelante fueron desvelando detalles de sus vidas, de los problemas actuales: la salud, la familia... Otros grupos son más rápidos, éste tardó casi un curso en ponerse a tono, un curso en que estuvieron "tanteando" las posibilidades de aquello. Pero una vez que hubieron arrancado, está siendo un grupo capaz de plantearse cuestiones como la enfermedad, la realidad de las voces, del delirio o de las interpretaciones delirantes "cuando el pensamiento te traiciona", de acoger, por ejemplo, el esfuerzo de uno de los componentes, que acababa de sufrir una descompensación, por explicarse el ambiente "extraño y cambiado" que había encontrado en su pueblo: "estaban rodando una película y todos lo sabían pero no me decían nada", y su perplejidad al ver dos montañas nuevas que nunca habían estado allí: "¿sería un espejismo?, ¿habrán surgido por efecto de volcanes?... habría salido en los periódicos..." "Yo te creo, le responde otro, yo he visto a Jesucristo que me hablaba... el cura decía la misa

para mí sólo porque yo era el jefe de todo.... pero ahora sé que era yo que lo veía así... pero era de verdad...yo lo veía..."

Ha habido un entrecruzamiento de identificaciones "ver en los demás lo que le ocurre a cada uno", en el marco de la transferencia "yo te creo, yo vi un cartel en el metro en el que estaba yo cuando me tiré por la ventana, y las estrellas de la Mahou que me indicaban que Dios me apoyaba", identificaciones que conducen a una mayor conciencia de enfermedad: "yo no creía antes que esto fuese enfermedad, pero me he ido dando cuenta poco a poco al veros a vosotros".

Otro de los efectos de ese reconocimiento es el poder marcar una diferencia entre ellos y los otros, los normales: "no nos comprenden... hay cosas que sólo se pueden hablar aquí...como ellos no lo han pasado se creen que es teatro...", con críticas a las familias y a los medios de comunicación: "como estamos enfermos nuestra palabra no cuenta, cualquier cosa que digas piensan que es por la enfermedad"..."no echan mala fama cuando hay un crimen y dicen que ha sido un enfermo mental...como si no hubiese muchos crímenes de gente que no está enferma".

La mayor cohesión del grupo ha permitido por ejemplo que acogiesen y contuviesen a pacientes nuevos con mayor actividad sintomática y más angustia, dejándoles hablar durante una sesión entera. Esto ha sido reconocido explícitamente: "aquí el primer día dejamos hablar al que llega, siempre es así, luego ya le toca escuchar también..."

Al reanudarse las sesiones en Septiembre ha habido un reconocimiento importante del grupo como lugar donde están a gusto, donde se puede hablar.... y a la vez, de la mejoría experimentada, especialmente por los más antiguos: Luis, de 25 años, "esquizofrénico desde los 18", que se ha incorporado a su primer trabajo, Antonio que se declaraba y le declaraban incapaz, que ha podido llevar la casa y atender a su mujer encamada hasta que le operaron de una hernia discal...Rosa que no podía hacer nada en casa está ahora cocinando y acompañando a su madre a las pruebas que le están haciendo en el hospital... Dos pacientes sin embargo han ingresado: Mercedes en un momento en que por problemas de personal en el Centro falté a dos sesiones del grupo, y Vicente nada más interrumpirse el grupo por las vacaciones de verano.

OBJETIVO DE LOS GRUPOS

La actividad de estos grupos apunta hacia:

El apuntalamiento de la imagen especular a través del reconocimiento y las identificaciones en la imagen de los otros, en la transferencia, la "mirada amorosa "del grupo, que proporciona una cierta identidad colectiva: nosotros, diferentes de los otros.

La valorización de la palabra como vía de investigación sobre la enfermedad, que permite una diferente posición subjetiva respecto al síntoma, la búsqueda de nuevas estrategias y de recursos individuales ante las descompensaciones, la historización del desencadenamiento de los síntomas en cada uno y la identificación grosso modo, de las situaciones de riesgo.

Podríamos por tanto decir, que son grupos de psicoeducación individual, donde el manejo de la medicación es uno de los factores importantes.

PROBLEMAS QUE SE SUSCITAN

La duración del grupo y de sus efectos: Algunos pacientes han interrumpido por su cuenta el grupo. Otros grupos anteriores tuvieron una duración limitada de antemano, pero eso no nos evita la pregunta de que si el efecto del grupo dura sólo mientras funciona o si podríamos pensar en una forma más estable de sus efectos. Esto nos lleva a la cuestión de la estabilización de las psicosis, de qué es lo que hace que algunos psicóticos estén más o menos tiempo compensados.

Desde el punto de vista teórico habría varias vías posibles:

El delirio, sabemos, produce con el correr de los años una cierta estabilización, siempre fallida, pero que, al menos, evita el deterioro. Hoy en día el delirio se controla con medicación en muchos casos, pero no está tan claro que se frenen los síntomas negativos. El vacío simbólico aparecido tras el desanudamiento de los tres registros podría, como nos mostró Lacan en el Seminario sobre Joyce: "El Sinthome", podría ser recubierto, sostenido por una invención que

actuando de 4.º nudo, los mantuviera anudados de forma borromea. Esto que en Joyce se dio espontáneamente, ¿podría ser creado por algún medio que, en la transferencia psicótica, permitiera al paciente buscar un afianzamiento de la fallida función de nominación?

Hoy por hoy no tengo respuesta para estas cuestiones, que dejo así planteadas.

ENRIQUE GUERRA GÓMEZ

MARÍA DEL MAR CAÑADAS NAVAS

DEMANDAS DE PSICOFÁRMACOS Y/O PSICOTERAPIA TRAS EL CIERRE DE UN GRUPO ABIERTO: ANÁLISIS DE UNA EXPERIENCIA

RESUMEN

La terminación circunstancial de un grupo de Psicodrama Triádico abierto produce en sus integrantes diferentes reacciones psicológicas, ya incluso desde la mera notificación de dicha terminación, que se manifestarán en demandas terapéuticas posteriores que difieren, en algunos casos sobremanera, de las hipótesis iniciales planteadas antes de la finalización. Nuestro análisis de estas reacciones y demandas terapéuticas, en un grupo real, nos llevan a extraer algunas conclusiones referidas al impacto de la notificación, al contraste entre indicaciones terapéuticas previas y demandas posteriores por parte de los pacientes, y por último, respecto a las demandas psicofarmacólogicas.

Palabras clave: *terminación circunstancial, reacciones psicológicas, demandas terapéuticas, demandas farmacológicas.*

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es hacer una reflexión sobre la evolución de los pacientes de un grupo de Psicodrama Triádico abierto que se transforma en cerrado. Este hecho es muy frecuente en la Asistencia Pública debido a una mayor rotación de los profesionales sanitarios (lugar de trabajo, otras funciones, etc...), y depara, pese a la programación previa tanto del cierre como de la posible continuación del tratamiento para algunos o la totalidad de los pacientes, demandas de psicofármacos y/o psicoterapia, que en muchos casos se alejan sobremanera de las hipótesis iniciales.

Esta reflexión la haremos en base a nuestra propia experiencia con un grupo de estas características que vivió la citada circunstancia de cierre, tras ocho años de funcionamiento, debido al traslado de lugar de trabajo del terapeuta. Está eventualidad forzó que se fijara una fecha para la terminación; la comunicación de ésta se produjo con seis meses de antelación.

El análisis de la evolución de los pacientes desde el momento de la comunicación del cierre hasta el fin de la terapia, y desde este fin hasta el momento presente, será el objetivo concreto de estudio que nos va a ocupar.

A continuación expondremos brevemente las principales reacciones psicológicas observadas en los componentes de un grupo terapéutico al disolverse éste; distinguiremos algunos tipos de terminación y revisaremos someramente la dinámica de la terminación en grupos psicodramáticos. Esta información nos servirá como introducción al análisis de la evolución de cada unos de los diez pacientes integrantes del grupo ya mencionado. Por último nos proponemos extraer algunas conclusiones generales derivadas de la integración de la información obtenida de todos los pacientes analizados.

1.1 Reacciones psicológicas a la terminación

Cómo señalan McGee, Schuman y Racusen (1972), la vivencia de terminación remueve en el terapeuta y en el grupo asociaciones con la separación, individuación, pérdida, disolución, impotencia, dependencia, muerte, inadecuación y abandono.

García Campayo y Sanz Carrillo (2000) destacan la aparición de síntomas somáticos (en grupos de somatizadores).

Bstrefel, l.Escribano y C. Banda (1999) destacan el temor a la desaparición prematura del grupo (antes de la fecha señalada).

Ruiz Carazo (1992) elabora con más detenimiento los "emergentes" que aparecen ante la terminación, presentando éstos por orden cronológico.

A
1. **Deprivación**
2. **Sustitución**
3. **Dependencia**
4. **Dolor**
5. **Agresividad**

B **6. Balance de expectativas y deudas**
7. Resistencias y defensas

C **8. Miedo al descontrol que supone la independencia**

D **9. Urgencia por arriesgar: "es la última oportunidad"**

E **10. Inversión de dependencias**
11. Agresividad
12. Culpa por los temas no trabajados

1.2 Tipos de terminación

Siguiendo a L. M. Lothstein (1996), identificamos cuatro tipos de terminación, cada uno de los cuáles afectará de manera diferente al grupo.

1. Terminación planificada: Es aquella en que terapeuta, paciente, y/o grupo, están de acuerdo en que se han logrado los objetivos; los pacientes están preparados para funcionar sin el grupo y, lo que es más importante, una posible vuelta a la terapia no indicaría un fracaso de ésta.
   Todos los autores destacan la participación activa de todos los miembros del grupo en el proceso. Pese a la planificación, uno o varios pacientes pueden descompensarse y/o hacer regresiones que a veces irrumpen de forma abrupta.

2. Terminación prematura: Es aquella que se refiere a abandonos de pacientes; fue estudiada inicialmente por I. Yalom (1966), I. Roback y M. Smith (1987). Casi todos los autores que se suele tratar de un fracaso del paciente en un determinado tipo de grupo y no en una indicación errónea del tipo de terapia.

3. Terminación forzosa: Hay circunstancias que requieren que el terapeuta, de forma unilateral, haga terminar a un miembro del grupo. M. F. Weiner señala que es necesario cuando el terapeuta percibe que la continuación del paciente va en contra de los intereses de éste y del grupo. Este tipo de terminación se suele llevar a cabo:

   a) Cuando el paciente empeora progresivamente.
   b) Cuando su conducta es excesivamente "desviada" para la tolerancia del grupo.

4. Terminación circunstancial: Ésta terminación puede estar referida bien al paciente, bien al terapeuta.

   a) Referida al paciente. Se produce por causas fuera de su control, como pueden ser horarios de trabajo, cambio de residencia o enfermedad. A veces el paciente no avisa directamente al grupo y éste se convierte en portavoz. Éstas terminaciones no tienen porque ser imprevisibles, de hecho pueden y deben ser planificadas en varias sesiones, de acuerdo con el paciente y con el resto del grupo.
   b) Referida al terapeuta. En este caso es éste el que termina por asuntos relacionados con la formación, salud, cambios de trabajo y muerte. Este caso particular es al que se refiere este trabajo. La pérdida del terapeuta tiene un significado psicodinámico específico para cada paciente en función de las diversas patologías del grupo.

Hay que tener en cuenta que incluso en grupos cerrados, los pacientes se resisten a la terminación e intentan "trabajar" para constituir una alianza de trabajo terapeútico con la fantasía de "duración ilimitada"; Tanto es así que en algunos casos los miembros abandonan prematuramente y se enrolan en grupos abiertos, planteándolos aparentemente como una estancia a "corto plazo" en la que nunca se trabaja la terminación en profundidad.

En definitiva podemos afirmar que la disolución prematura del grupo es un período de especial vulnerabilidad en que se activan fantasías con la familia de origen. Las defensas que se activan en este momento pueden ser el emparejamiento y las reuniones informales de los miembros, subyaciendo a todo esto sentimientos de abandono y hostilidad.

1.3 Terminación en grupos psicodramáticos

Siguiendo a J. M. Sacks (1996), éste recuerda que los grupos de Psicodrama suelen ser abiertos. Es importante dramatizar las situaciones de despedida individual y/o grupal, que casi siempre genera recuerdos de pérdidas, dolores no resueltos, etc... que el terapeuta debe intentar generalizar para favorecer la aceptación.

Hacia el final de la terapia los pacientes pueden beneficiarse de técnicas de role-playng para aumentar su campo de habilidades, y no tanto con pretensiones de lograr un mayor *insight*.

Hay una serie de técnicas específicas, como "la fantasía de futuro", "la estación", "fin de viaje en un transporte" (utilizado en nuestro grupo), "la bomba atómica", el entierro del grupo, etc..., estudiadas entre otros por P. Población (1997), sobre las que os remitimos a la literatura al respecto.

2. EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES

Presentamos a continuación un resumen de la evolución de cada uno de los nueve integrantes del grupo que ha sido el objeto de nuestro análisis. En cada uno de los casos haremos mención de los siguientes aspectos:

- Impacto de la notificación de la disolución del grupo. Estimamos éste en base a las verbalizaciones al respecto emitidas en el transcurso de la terapia.
- Qué ocurre, en términos de mejora o empeoramiento de patología de cada paciente, desde el momento del anuncio del fin del grupo hasta la finalización del mismo y desde ésta hasta el momento actual, en el que han transcurrido quince meses desde la terminación de la terapia.
- Evolución del paciente en términos de medicación desde la notificación de la terminación hasta que ésta se produce y desde dicha terminación hasta el momento presente.
- Contraste entre las indicaciones de terapia efectuadas antes del fin del grupo a cada uno de los pacientes y las demandas reales de los mismos posteriormente al cierre.

Con el fin de aclarar la sucesión temporal de los hechos que exponemos a continuación, especificaremos que el anuncio del cierre del grupo se hizo el 11 de Enero de 1999 y que la última sesión tuvo lugar el 12 de Julio del mismo año.

J.: La recomendación a J. es la de continuar con psicoterapia. Él se muestra de acuerdo puesto que considera que le quedan muchos te-

mas por trabajar; que se ha servido del trabajo de los demás, pero que él no ha trabajado lo necesario debido a una reserva que no ha podido superar; a su vez, reconoce que desde el momento en que se notifica la terminación del grupo, a efectos prácticos para él es cómo si ya se hubiera terminado, que tenía claro desde Febrero (15 días después de la notificación) que ya no iba a trabajar más. Comenta que hubiera preferido que el anuncio se hubiera efectuado quince días antes del fin de la terapia.

Tres meses después de este fin, en octubre del 99, sufre un empeoramiento significativo con ideas de suicidio; se le cambia el tratamiento con ANAFRANIL a DUMIROX y se le deriva a un grupo psicoanalítico ante el cual se muestra inicialmente muy escéptico. En Enero se le vuelve a cambiar a ANAFRANIL, debido a que presenta un trastorno digestivo psicosomático, y mejora la patología digestiva. Hasta Junio se le sube progresivamente el ANAFRANIL hasta 225 y empieza a presentar una mejora clínica notable que continua hasta el momento.

L.: Se le recomienda el alta. Él acepta esta indicación pero expresando su necesidad de "tener un profesional en su vida" por si en algún momento necesitara ayuda, poniendo, a su vez de manifiesto su ira y miedo a quedar desamparado. Verbalizaciones de L. en el grupo en los meses que siguen al conocimiento de la finalización del grupo evidencian su dependencia hacia éste y su creciente preocupación por un futuro *sólo*. Finalmente L. no ha vuelto a pedir cita en Salud Mental.

A.: A A. se le recomienda que continúe con psicoterapia de grupo. Él considera necesario también continuar en un grupo; su preferencia es por un grupo compuesto por gente con "su mismo problema", aunque también en algún momento consideró la posibilidad de acudir a terapia individual conductista. Coincidiendo con la noticia de terminación del grupo, A. deja de tomar la medicación prescrita, que consistía en SEROXAT y ALPRAZOLAM.

No acude a consulta de medicación hasta diez meses después de la terminación, informando entonces de insomnio; se le pone en tratamiento con ANAFRANIL, ALPRAZOLAM y NOCTAMID. En Octubre 99 se le propone un grupo pero no puede acudir por ser el horario incompatible con su trabajo.

R.: R. tiene muy claro que necesita continuar para solucionar sus obsesiones. Empezar en un grupo nuevo le da miedo; así, expresa su deseo de acudir a terapia individual, a ser posible conductista; a su vez informa de que si con medicación pudiera solucionar sus obsesiones no querría psicoterapia, puesto que ya en el grupo considera que ha trabajado todo lo que tenía que trabajar (sus emociones); aunque, por otro lado, verbaliza en éste su rabia por el sentimiento de indefensión que le crea el hecho de la terminación, admitiendo cierta dependencia a la terapia.

A R. se le deriva a una Terapia individual para sus obsesiones, que comienza tres meses después de la terminación del grupo; no se muestra satisfecha con esta terapia cuando acude a medicación cinco meses después, presentando síntomas obsesivo compulsivos, siéndole recetada FLUOXETINA en dosis hasta 40 mg. En los meses siguientes presenta una mejora significativa y demanda otro tipo de terapia, cambio que no se considera indicado. La gran mejoría que presenta ya en septiembre de este año Rosa la achaca más a la medicación que a la Terapia en la que se le da en estas fechas el alta, no demandando Rosa ninguna otra. Actualmente está pendiente de descenso de medicación cara al alta.

T.: A T. se le recomienda el alta. Ella ya había pensado dejar antes la terapia. No le gustaría empezar en un grupo nuevo. Manifiesta encontrarse bien, aunque no del todo, añadiendo que le gustaría tener un "profesional en su vida" por si volviera a encontrarse mal. T. no vuelve a demandar ni terapia ni medicación.

C.: A C. se le recomienda que sea evaluada de manera individual por un psicoterapeuta que sería el que decidiera su continuación o no en algún grupo, puesto que al haber estado un año acudiendo de manera esporádica al grupo, por diferentes motivos, entre ellos un ingreso hospitalario, no se contaba con información suficiente para tomar una decisión. Ella a su vez expresa su deseo de continuar en tratamiento, fundamentalmente por el miedo que tiene a recaer.

Finalmente C. no acudió al terapeuta indicado. En el verano del 2000 tuvo un cuadro maníaco (que no había tenido nunca) que remitió con LITIO, siendo tratada desde ese momento en la consulta del hospital. En conversación con la doctora que trató a C., parece ser que alguno de los cuadros que había tenido, de apariencia psicopática, eran cuadros maniformes cornespondientes a la hipoma-

nía endógena pseudopática descrita por Alonso Fernández. La evolución desde entonces ha sido favorable, no necesitando terapia.

F.: F. abandona el grupo dos semanas antes de su finalización, con lo que no se explicita con él una recomendación en el grupo. Cuando se notificó la terminación F. estaba convencido de que necesitaba ir a otro grupo, que no quería quedarse colgado. Esta idea cambiaba a lo largo de los meses siguientes en función de si se encontraba mejor o peor. Desde la notificación F. trabaja mucho dentro del grupo, queriendo aprovechar al máximo el tiempo.

Posteriormente al fin del grupo le fueron prescritos ansiolíticos y antidepresivos ya en dosis subterapéuticas. Recibió tratamiento psicológico individual hasta el verano del 2000, momento en el que dejó de asistir voluntariamente.

M.: La indicación a M. es de continuar con terapia de grupo. En los primeros momentos después de comunicarse el fin del grupo, Carmen se muestra reacia a comenzar en un grupo nuevo e incluso se plantea dejar éste a corto plazo, aunque se reconoce dependiente. Meses después al debatirse su destino, está convencida de que necesita seguir porque verbaliza en ese momento encontrarse bastante mal, con más cosas que antes que trabajar; en cualquier caso preferiría que se le ofreciera una alternativa a un grupo.

Tras el cierre del grupo se continúa su tratamiento farmacológico con DEPAMIDE. Se le receta FLUOXETINA al mes de terminar el grupo, época en que informa haber mejorado sus obsesiones. Se le propone la asistencia a un grupo pero le resulta imposible por incompatibilidad con el trabajo. Finalmente en junio del 2000 se le retira la medicación y rehusa a asistir a otro grupo que se le propone, otra vez por incompatibilidad horaria.

S.: La indicación para S. es continuar en Terapia de grupo "un curso más". Antes del aviso de terminación S. se plantea dejar el grupo, a pesar de ello recibe con rabia y dolor la notificación; dice que "cuando una parte de tus vivencias se va te sientes vacía, como si te arrancaran algo". Dos meses antes de la terminación S. sufre un empeoramiento clínico importante, verbalizando dentro del grupo su malestar; dice que necesita continuar en tratamiento, pero que no cree que un grupo sea ya lo más adecuado para ella, puesto que cree que ya ha trabajado en ese contexto todo lo que

tenía que trabajar; apunta la posible mayor idoneidad de una terapia individual.

Coincidiendo con la terminación del grupo se cambia el tratamiento con TRANKIMACIN con el que estaba desde Enero a TOFRANIL; por estas fechas S. cambia de opinión respecto a la conveniencia de incorporarse a otro grupo; en consecuencia se incorpora dos meses después a un grupo Psicoanalítico, en el que progresivamente se va adaptando bien, observándose una mejora clínica que conlleva la retirada progresiva del TOFRANIL. Finalmente en Octubre del 2000 se le ha dado el alta en el grupo. El alta en medicación está próxima.

3. CONCLUSIONES

En base a los casos anteriormente comentados estamos en condiciones de extraer las siguientes conclusiones generales:

1) Respecto al impacto emocional de la notificación observamos en general reacciones de ira, rabia, dolor, desconcierto, de desamparo e indefensión. Por otro lado, en términos de trabajo dentro del grupo, hemos observado dos posturas antagónicas; por un lado, algunos miembros trabajan más que nunca, debido a la antes mencionada "urgencia" puesto que el tiempo se acaba; y por otro, encontramos pacientes que trabajan menos, e incluso que deciden no trabajar más, por considerar que no merece la pena implicarse ya más.
2) Observamos un contraste entre el tratamiento indicado (o su no indicación) y lo que algunos pacientes demandan.
3) Incremento de las demandas y/o necesidad de tratamiento con psicofármacos.
4) Abandonos de medicación, de terapia indicada en el grupo o fuera de él, y de asistencia a Salud Mental.

Por último nos gustaría hacer hincapié en la dificultades que en los Servicios Públicos se encuentran, cuando acontece un cierre de este tipo, de encontrar la terapia y el terapeuta adecuado para el posible tratamiento a posteriori de los pacientes en los que fuese indicado.

4. BIBLIOGRAFÍA

AGUSTÍN RAMÍREZ, J. *Psicodrama, Teoría y Práctica.* Bilbao: Descleé de Brower, 1997.

GAMO MEDINA, E y col. "Grupo y Psicodrama de orientación analítica. Puntualizaciones teóricas e indicación en los servicios de salud mental". En GAMO MEDINA, E y LÓPEZ ESTEBAN, R. *Grupos Terapéuticos y asistencia pública.* Madrid: Asociación española de Neuropsiquiatría, 1997.

GARCÍA CAMPAYO, J y SÁNZ CARRILLO, C. "Eficacia de la psicoterapia analítica grupal en enfermos somatizadores". Actas españolas de Psiquiatría, 2000, vol. 25, n.º. 2, 105-114.

GUILLEM NACHER, P y LOREN CAMARERO, J.A. *Del diván al círculo.* Madrid: Teeni Publicaciones, 1985.

LOTHSTEIN, L.M.- "Procesos de terminación en terapia grupal". En KAPLAN, H.I y SADOCK, B.J. *Terapia de grupo.* Madrid: Panamericana, 1996.

McGEE, T; SCHUMAN, B y RACUSEN, F. *Termination in group psycotherapy.* Am J. Psycotherapy 26: 521, 1972.

McKENZIE, K.R. "Teoría y técnica de grupo con tiempo limitado". En ALONSO,A y SWILLER, H.I. *Psicoterapia de grupo en la práctica clínica.* México: Manual Moderno, 1995.

MORENO, J.L. *Psicoterapia de Grupo y Psicodrama.* México: Fondo de cultura económico, 1966.

MORENO, J.L. *Las bases de la Psicoterapia.* Buenos Aires: Horme,1968.

MORENO, J.L. *Psicodrama.* Buenos Aires: Horme,1978.

POBLACIÓN KNAPPE, P. *Teoría y Práctica del juego en Psicoterapia.* Madrid: Fundamentos, 1997.

ROBACK, H y SMITH, M. *Patient attention in dinamically oriented treatment groups.* Am. J. Psychiatry, 1987.

RUIZ CARAZO, J. " Finalización de un grupo terapéutico de dos años de duración". En *Seminarios de la Unidad de Docencia y Psicoterapia* (varios autores). Granada: Dirección Provincial de Atención Sanitaria, 1992.

SACKS, J.M. "Psicodrama". En KAPLAN, H.I y SADOCK, B.J. *Terapia de grupo.* Madrid: Panamericana, 1996.

STIEFEL, B; ESCRIBANO, M.L y BANDA, C. "Aprendizaje en el funcionamiento como grupo de autoayuda". Boletín de la SEPTG, Época IV N.º 15, Junio 1999.

VINOGRADOF, S y YALOM, I.D. *Guía Breve en Psicoterapia de grupo.* Barcelona: Paidós, 1996.

VINOGRADOF, S; COX, P.D. y YALOM, I.D. "Terapia de grupo". En HALES, R.E.; YUDOPSKY, S.C. y TALBOTT, J.A. *Terapia de Psiquiatría.* Barcelona: Masson, 2000.

WEINER, M. *Techniques of group psychoterapy.* Washington: American Psychiatric Press, 1984.

WONG, N. " Psicoterapia grupal, Combinado y Psicodrama. En KAPLAN, H.I. y SADOCK, M.D. *Tratado de Psiquiatría,* 6.ª de, vol. 3. Buenos Aires: Intermédico, 1997.

CAPÍTULO 5

MODOS DE PENSAR EN PSICOTERAPIA

CARLOS ALEMANY

Profesor de Psicología

LA PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL: LA APORTACIÓN DE EUGENE GENDLIN

Me ha parecido una idea muy buena el que en estas nuevas Jornadas Nacionales sobre el Psicodrama se hayan invitado a personas de otras orientaciones terapeúticas para que se pueda establecer un diálogo integrador y enriquecedor.

Mi misión aquí es presentar de forma sumaria una línea que cada vez va adquiriendo creciente importancia, la psicoterapia experiencial y sugerir pistas para un trabajo en común con las tecnicas psicodramáticas.

Por ello voy a tratar de presentar el autor, los aspectos básicos de su aportación vistos de forma evolutiva, sus aplicaciones e implicaciones en la actualidad y por dónde puede ir este diálogo fecundo con el psicodrama.

1. QUIÉN ES GENDLIN

Eugene Gendlin nació en Viena en 1926, pero se exilió con toda su familia, él con 13 años a EE.UU. para evitar la persecución de los nazis. Siempre quiso ser filósofo y para ello realizó los estudios correspondientes en la Universidad de Chicago. Al ser el alemán su lengua materna pudo profundizar en la filosofía existencialista del momento, especialmente en Heiddeger y en la Fenomenología de Husserl, de forma que pudo apreciar directamente todo su valor.

Conoció a Rogers en uno de los cursos de doctorado que hizo con él en Chicago, donde a la sazón Carl Rogers era el Director del Centro de Counseling de la universidad. Le intereso mucho la investigación rogeriana de aquel momento sobre la fenomenología de las emociones, sobre la congruencia y la empatía.

Al concluir sus estudios de Filosofía estaba trabajando al mismo tiempo con Rogers en psicoterapia. La unión de ambas vocaciones, filósofo y psicoterapeuta, la cultivará siempre.

El joven Gendlin quería resolver una pregunta filosófica fundamental: ¿cómo se crean los significados? ¿Por qué unas experiencias terminan siendo significativas y otras no? Hizo un repaso a las diversas propuestas filosóficas del momento y a partir de ahí comenzó a desarrollar su propia teoría del "experiencing", o flujo de experiencias. Gendlin señala que este experienciar tiene una serie de características: es la capacidad de tener experiencias y al mismo tiempo lo que posibilita el despliegue de la experiencias en nuevos y cambiantes significados. Es corpóreo, nos podemos referir a él de una manera directa, es preverbal y es fuente inagotable de significados.

Gendlin[1] afirma: *"Hasta ahora se asumió que el significado reside en el experiencing sentido y que la lógica no hace más que distorsionarlos o que este reside en la lógica y el sentimiento, por tanto, no es más que un caos que hay que evitar. Esto no es cierto. El significado se forma de la interacción entre el experiencing y algo que funciona como símbolo"*[2].

Gendlin con ello retraducía el término más filosófico de "existencia" en el más psicológico de "experiencia" e identificaba este fluir de experiencias como algo característico y que expresaba de forma más concreta lo que Rogers pretendía decir al hablar de qué era la congruencia.

2. LA PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL DE GENDLIN

La psicoterapia experiencial se forma precisamente a partir de esta base del "experiencing" y de ver sus interacciones con los diversos símbolos. Aporta una base experiencial y crea la teoría precisamente partiendo de la experiencia. Y así mismo vuelve a la experiencia para compulsar la teoría.

Al simultanear la profundización filosófica con su practica terapéutica, Gendlin percibe que los distintos cambios en la terapia se deben no tanto a lo que hace el terapeuta cuanto a las diversas ca-

---

[1] Gendlin E.T.(1962) *Experiencing and the creation of meaning: a philosophical and psychological approach to the subjetive.* New York, Free Press (2.ª ed. 1990)

[2] Ibid. Pag. 8 Ver el reciente libro de Edgardo Riveros, *El nuevo paradigma del Experiencing*. Edic.Lom. Santiago de Chile 2000.

pacidades del cliente. Dicho de otra manera, lo importante no es la dirección del terapeuta sino desde dónde responde el cliente y desde dónde crea la historia, si toca o no toca los sentimientos etc.

Por ello, él con su equipo de colaboradores diseñó un instrumento de medición que se ha hecho muy popular desde entonces: la escala experiencial. Esta medida diversifica las respuestas del cliente en 7 niveles para catalogarlas y poder predecir con bastante precisión la lentitud o rapidez de los cambios terapéuticos. Publicada en 1967, hoy día se sigue utilizando como un instrumento de categorización y más de 30 tesis doctorales la han usado. Merece la pena insertar una cita que ponen Gendlin y sus colaboradores en el manual de dicha escala

> *"Experienciar, básicamente implica nuestra sensación de estar en interacción preverbal, preconceptual, corporal, con el medio ambiente, una sensación a nivel visceral del significado sentido de las cosas. Incluye la sensación de tener experiencias y el flujo continuo de sensaciones, impresiones, eventos somáticos, sentimientos, caer en la cuenta en algo reflexivamente y significados cognitivos que surgen en el campo fenomenológico de uno mismo.*
> *El experienciar no es la reconstrucción de eventos, pero incluye su significado sentido personalmente. No es una batería de conceptos u operaciones lógicas; más bien es el referente interno usado para anclar conceptos. De igual forma, el experienciar no es simplemente la experiencia de afecto o la mera autoconciencia. El término incluye una gama más amplia de significados implícitos que estructuran sensación y sentimientos, así como el significado personal de las reacciones de uno mismo ante los diversos eventos"*[3].

Durante toda la década de los 70 Gendlin se dedicó a crear una herramienta terapéutica que ayudara a los clientes a enfocar mejor en la terapia para alcanzar niveles más altos en la escala experiencial y por tanto les fuera más fácil el cambio terapéutico. Escritor fecundo, mientras va escribiendo su teoría del cambio terapéutico o va trabajando con diversas poblaciones se da cuenta que hay que ayudar al cliente a que esté habitualmente conectado, y no con su mente, sino con su organismo total y de manera especial con la sa-

[3] Klein M., Mathieu P., Gendlin E., Kiesler D., *The experiencing Scale. A research and training manual.* Madison Wisconsin vol. 1pp.59-64

biduría de su cuerpo. Un cuerpo que para Gendlin es siempre un cuerpo en interacción con la realidad y es un cuerpo situado, contextualizado *"que siente lo que siente dentro de ese marco de referencia en el que está situado"*.

Así es como aparece la herramienta que le ha dado renombre universal: Focusing. Siendo un gerundio inglés popular, quiere nombrarla para significar que significa la técnica y el proceso del enfoque corporal. En 1969 titulo con este nombre un artículo[4] en el que ya aparecía sintetizaba e incluía un manual práctico para uso de la técnica.

Justamente en este tiempo, 1970, es cuando Gendlin recibe un galardón profesional de la APA norteamericana como el profesional más distinguido del año precisamente por su aportación de la psicoterapia experiencial. A partir de entonces desarrolla las aplicaciones del enfoque en diversas áreas.

3. LA TÉCNICA DE FOCUSING

Lo fundamental de Focusing es ayudar a las personas a conectar con lo que él llama "el acto crucial interno" y una vez conectado te indicará qué hacer ahí. La técnica del enfoque implica un proceso de atención y de despliegue de la vivencia muy específico, que está pedagógicamente estructurado en una serie de pasos o movimientos. Por ello en este proceso interior resulta importante:

a) prestar atención a lo que el cuerpo siente por dentro
b) captar la diferencia entre sensaciones corporal, sentimientos y sensación-nueva-de-la-totalidad-sentida, algo que no tiene nada que ver con el nuevo estereotipo tanto racional como afectivo con que solemos encasillar cualquiera de nuestros problemas, situaciones relaciones o experiencias que tenemos.
c) permitir que se forme esta sensación-nueva, que comprende e integra tres elementos importantes:
   - las sensaciones corporales del problema

[4] Gendlin E.T.(1969) Focusnig. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. Vol 6, n.1 pp.4-14

- los sentimientos y la tonalidad afectiva
- los significados

d) permitir que esta sensación-sentida (felt-sense) entre en interacción con palabras, imágenes, etc. (símbolos) para que surjan de ahí diversos significados que son contrastados –en su veracidad– por la resonancia corporal que ofrecen.
e) resonar corporalmente entre la sensación sentida y el símbolo elegido, para comprobar su posible ajuste
f) asistir a pequeños o grandes cambios interiores corporales (bodily felt-shift) como consecuencia de haber interaccionado las sensaciones y sentimiento con los distintos significados.
g) facilita la amplitud de percepción del cambio haciendo preguntas clave para que se expanda el significado encontrado o para afrontar posibles bloqueos.
h) terminar este rato de interacción con la propia sabiduría corporal con actitud de recibir y aceptar lo que allí sucedió y de agradecer el proceso, además de caer en la cuenta de los posibles cambios habidos.

El repetir el proceso una y otra vez es lo que Gendlin llama el estar en contacto con el fluir de las experiencias. Lo que hay que subrayar es que esta experiencia de la experiencia no es algo cognitivo (aunque tiene parte de eso), ni solamente emocional (que también lo es), ni meramente corporal (que es un importante componente): es algo significativo (productor, fuente y descubridor de significados) que al mismo tiempo es corporal, afectivo y cognitivo y que se da antes de que estos tres aspectos se diferencien. Implica el estar en contacto con el proceso que permite enfocar determinada experiencia o situación, sentirla, y finalmente asistir a su progresivo despliegue cuando vamos interaccionando con distintos símbolos y vamos percibiendo corporalmente los registros de dicha interacción, notando pequeños o grandes cambios o movimientos en el cuerpo, como consecuencia de la adecuación lograda.

En esto consiste fundamentalmente el proceso de Focusing y lo que ha hecho Gendlin es poner de relieve los diversos componentes del proceso así como hacerlo enseñable a través de los distintos pasos que suponen una guía pedagógica para llevar a cabo lo que en el fondo es el fondo de autenticidad: ser lo que estamos siendo.

El enfoque corporal puede utilizarse para lograr diferentes finalidades dentro de contextos distintos. Se puede tomar como una técnica terapéutica de enfocar problemas y tensiones para saber estar con ellos y permitir que cambien. Se puede orientar –igualmente– como una pedagogía de la creación de actitudes que integren y expresen más profundamente la relación entre lo mental y lo corporal. Se puede utilizar como una vía para el crecimiento personal, un mayor aumento de la consciencia personal corporalmente sentida o una manera de acceder a la vivencia positiva de uno mismo.

Estas dos líneas fundamentales de uso dentro de la relación de ayuda terapéutica y como camino de realización y de crecimiento personal ha hecho que la línea experiencial en general y Focusing como herramienta terapéutica en particular hayan tenido en los últimos 20 años numerosas aplicaciones: en conexión con otras orientaciones como Gestalt, programación neurolingüística, psicodinámica, conductual, bioenergética, terapia centrada en la persona, psicodrama etc. Y en áreas tan diversas como la toma de decisiones, las relaciones interpersonales, la creatividad, la espiritualidad etc. El manual de la técnica[5] publicado por Gendlin en 1978, ha sido traducido a diversas lenguas: alemán, francés, holandés, danés, húngaro, japonés, español, etc.

4. IMPLICACIONES PARA SU INTEGRACIÓN EN PSICODRAMA

En su último libro E. Gendlin dedica gran parte del mismo a sugerir como se puede integrar la psicoterapia experiencial y Focusing como su herramienta terapéutica con otras orientaciones.[6] Está convencido que se da una mutua fecundidad cuando sabemos usar integralmente Focusing con otras orientaciones, pero para ello hay que dominar uno y otro campo, para saber cuando hay que poner el acento en uno y cuando hay que ponerlo en el otro.

El capítulo 13 lo dedica el autor enteramente a trabajar la relación con la dramatización, que es la técnica fundamental del psicodrama.

---

[5] GendlinE.T. *Focusing: Proceso y Tecnica del Enfoque Corporal.* Mensajero Bilbao 5.ª ed.2000

[6] Gendlin E.T. *El Focusing en Psicoterapia. Manual del método experiencial.* Paidos. Barcelona,1999

Sugerimos su lectura completa para quien esté interesado en el tema. Aquí recogeremos algunas de sus indicaciones en forma abreviada.

a) ¿Qué aporta el psicodrama al Focusing?

- La expresión hacia fuera de lo sentido, vivido y conectado internamente.
- Darle volumen, tono, voz, exageración para poder registrar una sensación más intensa y más sentida.
- Una dinámica evolutiva y cambiante de las sensaciones, emociones y sentimientos, que al dramatizarse van cambiando, matizando, corrigiendo, etc.

b) ¿Qué aporta el Focusing al psicodrama y cómo integrarlos terapéuticamente?

- Le da dirección, una guía para buscar y amplificar significados desde la conexión sentida con "eso –ahí en el cuerpo–".
- Como un anclaje para evitar que la dramatización *tenga que* ser un papel representado o imaginado. La sensación-sentida le da pautas de veracidad
- El Focusing pone el énfasis en el flujo de energía corporal. Se pretende que el lado reprimido empiece a emanar, o sea, que surja a partir del cuerpo. Cuando el Focusing se suma al rol-playing, los clientes atienden dentro de sus cuerpos y esperan hasta que desde ahí les surge el ímpetu de decir o de hacer algo.
- El Focusing también contribuye en el proceso una vez que la dramatización ha generado algo nuevo, porque los que lo conocen pueden pararse y dirigirse directamente hacia lo que lo originó. Ese lugar sentido ahí dentro (la sensación-sentida) conducirá hacia otros pasos del cambio terapéutico.
- El Focusing enfatiza la espera para prestar atención antes de levantarse uno a actuar y también durante el proceso, para que pueda surgir más y más desde ese lugar intrincado donde se siente toda esa experiencia.

En resumen, el beneficio es mutuo: el psicodrama le da plasticidad, expresión, intensidad de sensaciones y el Focusing le da direc-

ción a la dramatización, le da interiorización y le ofrece una guía interior para el cambio.

Como toda técnica terapéutica uno y otro pretenden ayudar no sólo a salir de la enfermedad sino a plenificar las propias fuerzas, a desarrollar los recursos que permiten una salud más vital y más integradora. Por eso queremos terminar nuestra aportación con esta cita de Gendlin:

> ***"La enfermedad es vivir en la rutina, con valores ajenos, sin haber estado nunca en contacto con la vida que fluye dentro de cada uno, sin haber sentido la complejidad de las propias experiencias, de donde surgen las alternativas".***

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Bibliografía en lengua española:

Gendlin E., *Focusing: Proceso y Técnica del Enfoque Corporal*. Ed. Mensajero.Bilbao. 5.°. ed. 2000

Sobre el constructo del experiencing cfr.: Gondra J.M., *La psicoterapia de Carl Rogers*. Desclee. Bilbao, 1975 cap.9.

García-Monge J.A., El Focusing de Gendlin como estructrura técnica del darse cuenta gestáltico. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*. 5 (1983) p.71-81.

Siems M., *Tu cuerpo tiene la respuesta*. 2.ª ed. Editorial Mensajero. Bilbao 2000.

Alemany C., *La psicoterapia experiencial y focusing: la aportación de E. Gendlin*. Ed. Desclée de Brouwer. Bilbao. 1997.

Alemany C, Bibliografía Internacional sobre Psicoterapia Experiencial y Focusing. En *La psicoterapia experiencial y focusing: la aportación de E. Gendlin*. Ed. Desclée de Brouwer. Bilbao. 1997. pp.475-514.

Leijssen, M., Cómo crear una distancia de trabajo para las imágenes desbordantes: comentarios sobre una transcripción terapéutica. En: Brazier, D., *Más allá de Carl Rogers*. Desclée de Brouwer. Bilbao, 1997. pp. 115-128.

Weiser Cornell, A., La enseñanza del focusing utilizando cinco pasos y cuatro destrezas. En: Brazier, D., *Más allá de Carl Rogers*. Desclee de Brouwer. Bilbao, 1997. pp. 145-156.

Alemany C., Prólogo a la edición española: Gendlin, E., *El focusing en psicoterapia. Manual del método experiencial*. Paidós. Barcelona, 1999 pp.11-16.

Weisser Cornell, A., *El poder del focusing*. Obelisco. Barcelona, 1999.
Gendlin, E., *El focusing en psicoterapia. Manual del método experiencial*. Paidós. Barcelona, 1999.
Amodeo, J. y Wentworth, K., *Crecer en intimidad. Guía para mejorar las relaciones intepersonales*. Col. Serendipity. Ed. Desclee. Bilbao, 1999.
Riveros E., *El nuevo paradigma del Experiencing*. Ed. Lom. Santiago de Chile 2000.

Bibliografía en lengua inglesa

Gendlin, E T.,*Experiencing and the creation of meaning*. Mc.Millan, NY, 1962 Reimpreso por Mc.Millan en 1990.
Gendlin, E.T., *Let your body interpret your dreams*. Wilmette Ill. Chicago, 1986 (su traducción española aparecerá a lo largo del año 2001).
Gendlin, E.T., What comes after traditional psychotherapy research? *American Psychologist*, 41 (2), pp.131-136.
Gendlin, E.T. *The process model.*, Manuscrito no publicado, 492 pp. 1996. (The Focusing Institute of New York: www.focusing.org)
Iberg J., *Experiential Psychotherapy*, En, Corsini R. (ed.) *Enciclopedia of Psychology*, While Interscience, N.Y.,1984.
Iberg J., Focusing, en: Corsini R. (ed.) *Handbook of Innovative Psychotherapies*, J. Whiley, N.Y. 1981, pp.344-350.
Lietaer G., Rombauts J., Van Balen R. (comps.) *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties*, Leuven University Press, Leuven, 1990.
Greenberg. L., Lietaer G., *Handbook of Experiential Psychotherapy*. Guilford Press, New York 1999, 4th ed.

Esperanza Fernández Carballada

PSICODRAMA Y ENSUEÑO DIRIGIDO

El trabajo que voy a presentar se basa en conocimientos adquiridos en mi experiencia personal: experiencias como paciente y como terapeuta.

La primera experiencia importante la vivencié como paciente de Angela Reñones en un proceso de una enfermedad que podríamos considerar somática; la segunda y la tercera fueron con Marcia Karp y José Fonseca Filho en Talleres y Congresos de Buenos Aires, Londres y Madrid; la cuarta fue la realización de Ensueños Dirigidos con Horacio Blanco Dios, de orientación Jungiana. Y por último las experiencias que yo misma me he atrevido a llevar como terapeuta, con personas individuales y con grupos.

Hay datos que nos hacen pensar que el hombre es algo más que lo puramente material, algunas de las vivencias de las personas son muy difíciles de explicar en términos puramente científicos, y sabemos además que conocemos poco sobre nuestras posibilidades. Desde que el niño nace dedica la mayor parte del tiempo a soñar, el 75% de su tiempo lo dedica a esta actividad; no sabemos si sus sueños contienen imágenes, sensaciones, emociones, ¿de esta vida?, ¿de otras vidas?, ¿de las vidas de sus antepasados?; sí sabemos que los sueños cuentan con toda una tradición de estudio dentro de la psicología y otras fuentes de conocimiento.

Soñar es una de las actividades que se escapa al control de la mente racional y al control voluntario de la persona. Unas veces hace referencias a vivencias personales, otras son premonitorios, a veces solo son comprensibles a través de los conocimientos de las personas que conocen los arquetipos y las simbologías más o menos universales. Jung es uno de los autores que más ha profundizado en el estudio de los sueños; este autor nos señala que el hombre tiene conciencia y alma y que además, tiene una conexión con todo el universo.

Cuando hablamos de sueños, tenemos que hacer una primera diferenciación entre soñar despierto y soñar dormido. Cuando nos referimos al Ensueño Dirigido la persona no está ni despierta ni dormida, sino que su estado de conciencia está alterado. Una de las maneras de conseguir este estado de conciencia alterado es a través de técnicas de hiperventilación respiratoria y técnicas de relajación.

Según Robert Desoille el Ensueño Dirigido posibilita a la persona conectar con la parte más subjetiva de ella misma, con aquello que está siendo significativo en su interior. En el Ensueño Dirigido la persona no sueña sola, sino acompañada de otra que sigue con ella el recorrido y que puede ir ampliándole y sugiriéndole los pasos que puede ir dando, siempre respetando la opción de quien está realizando el Ensueño.

Haciendo una breve referencia a los trabajos de José S. Fonseca Filho. Este autor menciona que con la bioenergética, con técnicas de relajación, con trabajos en la línea de la hipnosis y con el Ensueño Dirigido se provocan estados alterados de conciencia; unas veces a través de ejercicios corporales, otras sólo a través de la sugestión. En el Psicodrama Interno y en el Ensueño Dirigido una vez que se ha relajado a la persona, las imágenes surgen espontáneamente. Este autor hace una consideración teórico-práctica para la comprensión del Psicodrama interno, de una forma didáctica explica que funcionamos con tres centros principales: el intelectual, el emocional y el motor. El emocional es el más veloz. 130.000 veces más rápido que el centro intelectual y por lo tanto de difícil observación y control por parte de la persona; pero si se logra una relajación, a través de la atención y de la voluntad, se abre la ventana al centro emocional y se dan las visualizaciones y las imágenes internas.

Cuando hablamos de visualizaciones se pueden incluir imágenes de la vida pasada, como dice Tulku. T., pero también podemos hablar de visualizaciones que se producen cuando el hombre se concentra en sí mismo. Fonseca Filho señala que para "ver" normalmente se necesita un entrenamiento; al principio sólo se imagina, después trascendemos la imaginación y es cuando surgen las visualizaciones; dice que existen innumerables estados de conciencia. Maurice Nicoll hace referencia a cuatro estados de conciencia: 1.º sueño, 2.º vigilia, 3.º conciencia, percepción o recuerdo de sí mismo, y 4.º descrito por las religiones como " Iluminación". En los dos pri-

meros estados de conciencia la persona está durmiendo y sólo empieza a despertar en el tercero. A los dos primeros estados, corresponde la oscuridad, al tercero y al cuarto estados les corresponde la luz. El psicodrama interno es un ejercicio de "observación de sí " y se sitúa en el tercer estado de conciencia.

Tanto en la práctica del Psicodrama Interno como del Ensueño Dirigido se tiende a mantener al máximo la inmovilidad del paciente. Esta forma de trabajar está próxima a las Técnicas de Meditación Orientales

El Ensueño Dirigido, dice R.Desoille, que acerca al hombre a experiencias de tipo religioso. Tanto este autor, como Moreno con el psicodrama, tienen clara conciencia de la parte espiritual del hombre. Moreno colocaba en el espacio real, el 4.º nivel del escenario en el que situaba a los Dioses. Robert Desoille dice que el Ensueño Dirigido es una vía directa al trabajo con lo espiritual de la persona. El Ensueño Dirigido nos introduce en el campo de la imagen, de sus dimensiones ontológicas y de las significaciones ideales desde donde parten las preguntas que él yo se hace, para dar una explicación a su realidad y a su mundo.

Robert Desoille utiliza el Ensueño Dirigido con fines terapéuticos, siempre cercano a lo racional e inconsciente, esta técnica va más allá de la exploración de la afectividad. Para utilizar esta técnica se coloca a la persona en un estado de relajación, aislándole lo más posible de estímulos externos y procurando únicamente la movilización de lo imaginario, cuyos contenidos y visualizaciones nos va a trasmitir verbalmente. El terapeuta no solamente escucha al paciente sino que tiene que imaginar e intentar ver el espacio creado por el paciente, o persona que realiza el ensueño. El terapeuta tiene que crear una forma especial de encuentro y vínculo.

La forma de llevar a cabo un Ensueño Dirigido pasa por hacer un buen caldeamiento en el que se tiene que crear un clima de apaciguamiento y desconexión con el entorno, hay que ayudar al sujeto a entrar en una situación casi de meditación, lo más cercano al sueño, sin que se pueda dormir. En un segundo momento se le propone a la persona una imagen de partida: el ascenso a una montaña, el descenso al fondo del mar, el encontrarse en una habitación o sala. A partir de ahí se le irá acompañando por los distintos escenarios que vaya visualizando, con mucho respeto y precaución, respetando su

ritmo e intuyendo cuando se debe seguir en el mismo escenario o cuando se le debe sugerir cambiar. Se estará muy atento a situaciones de bloqueo y a todas las señales corporales que puedan ir apareciendo, se recurrirá a símbolos como la espada, la copa, a elementos mágicos etc., a veces se propondrán temas como el encuentro con la bruja o el brujo, etc.

El terapeuta tiene que ayudar a superar situaciones y bloqueos, a veces tendrá que recurrir a situaciones mágicas, en lo imaginario todo es posible; si en la vida real el paciente no es capaz de hacer o decir, en lo imaginario sí. Esto es algo análogo a lo que ocurre en el escenario psicodramático en el que se le pide al sujeto que resuelva y que se permita hacer en la escena lo que desea. Cuando el paciente está bloqueado, incluso se le pide a otro que lo hagan por él.

Siempre que sea posible se permite el sujeto decir cuando quiere terminar el Ensueño, de forma muy lenta se le va proponiendo que se mueva, que abra los ojos y poco a poco vaya incorporándose.

Una vez terminado el Ensueño, se debe hacer un comentario de lo ocurrido, hablar con el sujeto de cómo ha sido la experiencia. El nivel emocional y afectivo suele ser muy alto y frecuentemente hay que abordar aquellas situaciones personales que ha evocado el ensueño.

Después del comentario o Eco, individual o grupal, cada uno deberá escribir la sesión, lo más detallada posible, señalando lo que ha sido significativo. Lo que escriba cada uno se deberá comentar al comenzar la siguiente sesión. También hay que tener en cuenta los sueños que se hayan tenido en el intervalo entre las sesiones.

Voy a hacer una breve referencia a uno de los ejes principales con los que se trabaja en el Ensueño Dirigido, es a la significación del movimiento, y más concretamente al ascenso y el descenso. Robert Desoille se refirió al movimiento ascensional como a una técnica de sublimación, delineó así una especie de antropología religiosa del hombre y una forma de terapia de la neurosis. Demostró que tanto el ascenso como el descenso configuran fenómenos humanos, que esos movimientos se ligan con el universo psicológico y fisiológico del hombre y constituyen el eje primordial de lo imaginario.

Continuando la referencia a Desoille: "en el Ensueño dirigido encontramos en efecto, de abajo a arriba, imágenes mágicas acompañadas de representaciones demoníacas, luego imágenes fabulosas y

mitológicas, e imágenes angélicas o místicas, hasta llegar por último a esa luz que en cierta manera es la imagen de lo Uno, de lo espiritual en comunión con Dios". Para entender esto tenemos que recordar lo que anteriormente señalé de los distintos estados o niveles de conciencia, de lo que es la imagen y la sugestión.

Una imagen es una percepción prolongada. La sugestión hay que entenderla como la presentación de una idea, o imagen; la sugestión bien entendida es una de las condiciones que hacen posible la formación del espíritu.

La sugestión de ascender y descender provoca el surgimiento de muchas imágenes sensoriales y afectivas que constituyen arquetipos. El descenso bajo tierra, a una cueva, nos priva de la luz y del calor, el descenso lo asociamos a las nociones de tristeza, privación y angustia, a los instintos de muerte primarios y a todas las posibilidades depresivas. El ascenso lo asociamos a la representación de nuestros sentimientos, emociones y aspiraciones más nobles y reparadoras.

Hay una doble cadena arquetípica: la masculina y la femenina y están en relación con el ascenso y el descenso.

CADENA MASCULINA	CADENA FEMENINA
Dios	Virgen Madre
Cristo	Santas
Angeles y Arcángeles	Hadas
Nivel Real	Nivel Real
Magos	Maga
Brujos	Bruja
Demonios	Diabla
Lucifer	Lilit
Satanás	

La llegada a la cumbre de la ascensión implica la noción de Otro. Para la persona que tiene un sentimiento religioso será una potencia sobrenatural, para el ateo será la representación de lo humano en su máxima perfección concebible. Dice Desoille que las imágenes religiosas figuran en los ensueños de creyentes y agnósticas por igual.

Es conveniente sugerir al paciente que en su vida cotidiana, frente a las dificultades de la vida, procure la calma y vuelva a revivir los sentimientos nuevos experimentados en el Ensueño Dirigido. Esto siempre le hará conectar con sus áreas más humanas y espirituales

Podemos concluir diciendo que el Ensueño Dirigido es una técnica que permite trabajar con la persona las posibilidades de ampliación de conciencia.

Tanto con el Ensueño Dirigido, como con el Psicodrama Interno podemos abordar los bloqueos emocionales y las enfermedades en general. Ambas técnicas son utilizadas en procesos de psicoterapia y de crecimiento personal. Con ellas aumentamos la conciencia de las personas que quieren ser más ellas mismas, dentro del Universo, en comunión con los otros y con el Otro

BIBLIOGRAFÍA

Desoille, R. "Lecciones sobre ensueño dirigido en psicoterapia". Amorrortu editores. Buenos Aires 1973.

Desoille, R. "El caso de María Clotilde". Psicoterapia del ensueño dirigido. Amorrortu editores. Buenos Aires 1971.

Fabre, N. "El triángulo roto" Psicoterapia de niños por ensueño dirigido. Amorrortu editores. Buenos Aires 1973.

Fonseca Filho, J.S. "Psicodrama interno" Boletín de la Asociación Española de Psicodrama. Madrid 1998.

Jung, C.G. "El hombre y sus símbolos". Biblioteca Universal Caralt. Barcelona 1977

Moreno, J.L. "Psicodrama". Editorial Lume. Buenos Aires 1993.

ERNESTO FONSECA-FÀBREGAS

Médico Psiquiatra y Psicodramatista

FUNCIONES DE LA CONCIENCIA Y EL PSICODRAMA.

LAS FUNCIONES DE PSICODRAMA Y SU RELACIÓN CON LAS FUNCIONES DE LA CONCIENCIA HUMANA

"Hemos sido creados con una boca y una cara, hablamos, oímos, pensamos, andamos, sentimos las cosas y conocemos lo que está lejos y lo que está cerca. También vemos lo grande y lo pequeño que hay en el cielo y en los cuatro rincones de la tierra. Les damos gracias por habernos dado vida, oh, Creadores y Formadores."

TERCERA CREACIÓN: LA GENTE DE MAIZ, del POPOL VUJ, Libro Sagrado de los MAYAS.

A. INTRODUCCIÓN

Hace unos 3000 años, los grupos de ***Homo Sapiens*** eran virtualmente autómatas, carentes tanto del concepto de autodesarrollo como de conciencia de la brevedad de la vida.

Escuchaban "voces" en sus cabezas y les llamaban DIOSES [1], que les decían lo que tenían que hacer.

Sus mentes estaban divididas:

- Una parte que le daba órdenes (Dioses).
- Otra parte que las cumplía (Hombre).

Cuando la escritura, el lenguaje y otras actividades humanas comenzaron lentamente a aparecer, la autoridad de lo que creían vo-

[1] J. Jaynes, citado por S. Keen en el libro "Reflection on the Draus of concienciness", Psychology Today, 11 (1977): 58.

ces de los dioses decreció, se silenciaron y nació lo que llamamos CONCIENCIA.

Sugiero que el habla de los dioses tenía lugar por la actividad del Cerebro ***DERECHO***, con los patrones de reconocimiento y los mecanismos de procesamiento **espacial** del Cerebro Derecho, a pesar de que ello era comunicado por el Cerebro ***Izquierdo*** **verbalmente** en un lenguaje primitivo.

Es posible que los seres humanos de esa época, fueron cogidos por sorpresa cuando pudieron "hablarse a si mismo", por lo que **no fueron capaces de entender el habla internalizada del Cerebro Derecho (CD) e interpretarla con el Cerebro Izquierdo (CI).**

Gallin [2] propone que el modo del pensamiento del CD sería similar a la descripción de Freud del **"inconsciente"**. Muchos procesos del CD son congruentes con la modalidad cognitiva que el psicoanálisis ha llamado PROCESO PRIMARIO, como son el *amplio uso de imágenes,* menor implicación del *tiempo y la secuencialidad,* y un *tipo de lenguaje limitado,* con errores lingüísticos.

El mismo autor dice que ambos Cerebros ante los mismos estímulos sensoriales, reciben una información distinta debido a que cada uno enfatiza sólo una parte de los mensajes: **el CI atenderá a las señales verbales, y el CD a lo no verval.**

En fin, que parece ser que **el CD por si sólo no tiene medios para expresarse así mismo, lográndolo (ó no) al proporcionarle la información al CI** (que muchas veces no lo entiende y se inventa lo qué decir o qué hacer).

B. GÉNESIS DE LA CONCIENCIA

El proceso creativo más importante de la evolución humana, ha sido, a mi entender, la evolución del cerebro humano, desde nuestros ancestros homínidos hace nueve o diez millones de años, hasta el "Homo Sapiens Sapiens".

POPPER afirma que *"el surgimiento de la Conciencia completa (Autoconciencia) es realmente uno de los milagros más grandes de la evolución".*

---

[2] D. Gallin "Implications for Psychiatry of left and right Cerebral Specialization". Archive of General Psychiatry, 1 (1974): 572.

El mismo autor dice que podemos hablar de la aparición progresiva de dicha conciencia en dos etapas:

1. *La Conciencia.*
2. *La Autoconciencia (Yo).*

1. LA CONCIENCIA

Podemos decir que un animal es "consciente" cuando se guía por sentimientos y estados de ánimo y cuando es capaz de valorar su situación presente a la luz de su experiencia pasada, pudiendo desarrollar una respuesta apropiada, hecho que es más que una respuesta instintiva estereotipada, por ello es capaz de mostrar un *patrón original de comportamiento,* que puede ser aprendido y que, además, es capaz de mostrar una serie de reacciones emocionales.

2. AUTOCONCIENCIA

Es la característica fundamental de la especie humana y una novedad evolutiva, ya que el resto de especies biológicas de las que proviene la humanidad (grandes simios) poseen sólo rudimentos o carecen de ella totalmente. Se refiere a la **"conciencia de sí mismo"** y **"la conciencia de tener que morir"**, hecho este último generador de la Angustia en el ser humano.

C. PSICOBIOLOGÍA DE LA CONCIENCIA

En el Sistema Nervioso Central de los seres humanos hay que resaltar tanto las *ASIMETRIAS INTERHEMISFÉRICAS,* de las que sobresalen las Áreas de LENGUAJE: Lóbulo Parietal y Temporal Izquierdo del Cerebro Dominante (Área de Wernike), como la *DOMINANCIA MANUAL* contralateral.

La ATENCIÓN, cualidad primera del Psiquismo, está regulada tanto por la **Corteza Parietal** como **la Prefrontal,** afectándose sobretodo la búsqueda visual y los movimientos oculares cuando hay lesiones en dichas regiones.

Por otro lado, cada Hemisferio Cerebral (nosotros preferimos hablar de dos "Cerebros") forman una estructura, un sistema complejo del que el Cerebro Derecho formaría, con el *Sistema Límbico*, el **Subsistema Natural** y el Izquierdo, con la Estructura Social, el **Subsistema Social** (Rojas-Bermúdez).

A ese respecto, **Springer y Deutsch** [3] comentan: *"desde las primeras operaciones de escisión cerebral, se han usado sucesivamente* **"etiquetas"** *para describir los procesos del Cerebro Izquierdo y los del Cerebro Derecho"*, concluyendo que dichas etiquetas pueden dividirse en cinco grupos principales, los que a su vez forman una cierta jerarquía (cada designación o *"modo de operar"* engloba y supera las anteriores a ella), que esquematizan de la siguiente manera:

TABLA I

ENCÉFALO	
HEMISFERIO IZQUIERDO	HEMISFERIO DERECHO
1. **VERBAL**	1. **VISUO-ESPACIAL**
2. **DIGITAL,** Secuencial, Temporal, Detallista.	2. **ANALÓGICO,** Simultáneo, Espacial, Global.
3. **ANALÍTICO** Lógico (Contenidos)	3. **SINTÉTICO** Gestálico (Formas)
4. **RACIONAL**	4. **INTUITIVO**
5. **Pensamiento "Occidental"**	5. **Pensamiento "Oriental"**

Esta dictomía no es una división dual, pues es más cierto decir que hay interelaciones entre ambos cerebros, esta división sería sólo una manera operativa de enfrentarse a una situación compleja. La idea es que la CONCIENCIA y el PENSAMIENTO de cada sujeto

[3] Sally P. Springer & George Deutsch: "Cerebro Izquierdo, Cerebro Derecho" (ver Bibliografía).

está relacionado con el grado en que usan cada uno de sus Cerebros, Dominante o "Dominado".

Ornstein [4] se ha interesado *en la naturaleza de la CONCIENCIA y su relación con las funciones de cada cerebro,* que resume en el siguiente esquema (Tabla II).

TABLA II
DICOTOMIA DE FUNCIONES CEREBRALES

Cerebro Izquierdo	Cerebro Derecho
1. Verbal	***1. Visuoespacial***
2. Convergente	2. Divergente
3. Intelectual	3. Intuitivo
4. Deductivo	4. Imaginativo
5. Digital	***5. Analógico***
6. Racional	***6. Metafórico***
7. Vertical	7. Horizontal
8. Discreto	8. Contínuo
9. Abstracto	9. Concreto
10. Realista	10. Impulsivo
11. Dirigido (Controlado)	***11. Espontáneo***
12. Diferencial	12. Existencial
13. Secuencial	13. Múltiple
14. Histórico	***14. Atemporal***
15. Temporal	***15. Espacial***
16. Analítico	16. Sintético (Holístico/Global)
17. Explícito	17. Tácito (Implícito)
18. Objetivo	18. Subjetivo
19. Lógico	***19. Gestáltico (irracional)***
20. Sucesivo (Lineal)	***20. Simultáneo (Global)***

[4] "The psychology of consciencess" 1971.

He querido subrayar en el esquema dichas *funciones de ambos cerebros* (que no serían más que **funciones de conciencia**), para prestar atención a los aspectos que nosotros intentamos desarrollar por medio de Técnicas activas con participación corporal, en **el aquí y ahora**, que abre las puertas a mi entender, a **mejorar el conocimiento del ESPACIO y las Formas (CD) y del TIEMPO y las Secuencias (CI),** como iremos viendo a lo largo de esta comunicación.

C. CONCIENCIA Y PSICODRAMA

El Psicodrama es un método y una técnica psicoterapéutica creada por J.L. MORENO en la primera mitad del siglo XX basada en la filosofía del Momento y en la teoría del Encuentro. Reúne características metodológicas que lo hacen único y lo diferencian de otras Psicoterapias, de las que me gustaría resaltar entre otras, las que creo más importantes respecto a la correlación con las nombradas funciones de "la CONCIENCIA":

1. El Psicodrama utiliza el **cuerpo en acción,** incorporando el **Tiempo, el Espacio y la Memoria Corporal.** Dichas incorporaciones dan lugar a su vez a tres características:
   - En cuanto **al Espacio,** incorpora el ***CONTEXTO*** tridimensional reproduciendo en el "aquí y ahora" las situaciones conflictivas del sujeto en un espacio concreto, el ***CONTEXTO DRAMÁTICO.***
   - En cuanto **al Tiempo,** es **ahistórico,** sucediendo todo en el *"Aquí y Ahora"*, por lo que decimos que introduce **la Idea de MOMENTO**, *considerando la Historia como parte del "Momento" y no el momento como parte de la Historia.*
   - En cuanto a la **Memoria Corporal,** el Psicodrama activa las Huella Mnémicas *(HHMMNN)* de ambos Hemisferios Cerebrales particularmente del Derecho (no dominante). Las HHMMNN del **Hemisferio Derecho,** activan y potencian procesos mentales VISUO-ESPACIALES y Atemporales, como la *Intuición, la Imaginación espontánea, Imágenes, reconocimiento de Formas y Creatividad* en general, mientras que las del **Hemisferio Izquierdo** activan fundamentalmente pro-

cesos mentales imprescindibles para *el lenguaje y el pensamiento objetivo y TEMPORO-LINEAL.* El **Psiquismo es una función de ambos Hemisferios Cerebrales.**

2. El Psicodrama es un método basado en la **Visión Cuatridimensional del Ser Humano:** como ser **Biológico** *(Cuerpo),* **Psicológico** *(Yo),* **Social** *(Roles Sociales)* **y Espiritual** *(Vínculo, entre dos roles sociales),* por lo cual es una técnica psicoterapéutica **integral.**
3. En Psicodrama, sin dejar de tomar en cuenta los **CONTENIDOS,** incidimos sobre todo en las **FORMAS,** tanto *CORPORALES* como *CREATIVAS.* **Von WËISZAKER,** el padre de la Medicina Antropopatológica, escribía: *"Quien no tenga gusto por las Formas, no entenderá nada de la naturaleza viva* [5]*".* Por ello, para entender lo que voy a decir respecto al Psicodrama como técnica y método útil para "tomar Conciencia" por parte del paciente, voy a centrarme en **el juego Forma-Contenido,** que es el que más practicamos en nuestra labor como psicoterapeuta.

Psicológicamente, la conciencia puede ser entendido tanto desde el punto de vista unipersonal, de "hacerse consciente de algo", de "iluminarse", como desde el punto de vista interpersonal, que sería "entender al otro", tomar consciencia de lo que nos quiere expresar. En uno y otro caso, el problema es *COMUNICACIONAL,* intra o inter-comunicacional. Por algo los lingüistas dicen que ***"la comunicación es el origen de la mente"*** *(VYGOTSKY).* Por ello me voy a centrar más en la *COMUNICACIÓN,* ya que ella incluye la *CONCIENCIA.*

Parto de la base de que el dilema en "acceder" a un paciente, y que éste pueda "acceder a sí mismo", es un trastorno de **Códigos Comunicacionales** que, al ser infinidad de veces diferentes o al estar "bloqueados" por Conflictos Psicológicos o Trastornos Psiquiátricos, no pueden llegar a ser descifrados, por lo cual *no se llega a tener conciencia de los mismos.*

En cuanto a la **comunicación verbal,** la Palabra es portadora de mensajes entre emisores y receptores. Los mensajes emisores resultan de la "codificación" que el emisor (en nuestro caso, el pa-

[5] Viktor von Weiszakcer: "Der Gestaltkreis: El Círculo de la Forma".

ciente) hace de sus pensamientos, sentimientos y actos. A su vez, el receptor (terapeuta) debe "decodificar" dichos mensajes con sus contenidos propios para "comprender al otro". Es en esta **codificación/descodificación** que creemos está el germen de **la *INCOMUNICACIÓN*, y si no hay Comunicación no hay Conciencia.** Si bien la palabra es el instrumento común compartido entre seres humanos, no ocurre lo mismo con los *CONTENIDOS* (si se prefiere "representaciones mentales"), ya que éstos son siempre personales. En el caso de la Psicoterapia el peligro **(la Incomunicación),** se acentúa ya que a los contenidos de cada uno (paciente/terapeuta), se suma en la mayoría de los casos **la Ideología del Terapeuta.** Este último punto es abordado por el Psicodrama como sumo cuidado, por lo que se insiste tanto en que **el Grupo** sea el verdadero **Agente terapéutico,** siendo el terapeuta un técnico que aporta una metodología y que debe siempre "seguir al Grupo".

Los Psicodramatistas no usamos sólo las palabras, sino el *CUERPO en el ESPACIO. "El Psicodrama* –dice ROJAS– *revalora y recupera el sentido de la VISTA en las Psicoterapias e introduce la llamada* ***COMUNICACIÓN no VERBAL",*** llamada también ***COMUNICACIÓN NATURAL*** que se define como *"la manifestación de los códigos genéticos* ***a través de formas*** *que desencadenan comportamientos intra e interespecies".* En el animal humano especialmente, no deberíamos hablar de "comunicación" en sentido estricto ya que, al no haber un acuerdo entre las partes, **no hay una intención comunicativa,** razón por la cual debería llamarse ***"EXPRESIÓN NO VERBAL".***

Y no nos quedamos aquí, con la palabra y el cuerpo en acción, sino que nuestra corriente ha introducido el manejo del *CUERPO* y de *OBJETOS* en un escenario con las llamadas **Técnicas de Construcción de Imágenes** con dos variantes:

- Utilizando **el Cuerpo.**
- Utilizando **Telas.**

Ambos se utilizan para que los pacientes simbolicen lo que sienten, piensan o algún concepto significativo que hayan verbalizado [6], dife-

[6] Graciela Moyano: "Teoría y Técnicas Psicodramáticas" de J. Rojas Bermúdez. Ed. Paidós.

renciando las *TELAS* que, al no tener una forma definida como tienen los *CUERPOS*, obligan al protagonista/paciente que las maneja a elaborar internamente la Forma que les dará, diferenciándose así *Imágenes Corporales (más concretas) e Imágenes con Telas (más abstractas).*

Dicha técnica, de Construcción de Imágenes con Telas por parte del protagonista, permite "proyectar" sus Contenidos en una **Forma** que sería la **Imagen,** construida primero dentro del sujeto y trasladada fuera, quedando objetivada en el Escenario en forma de una ***Estructura.*** *La Imagen es una producción íntima del protagonista,* y como tal su estructura y peculiaridades son expresiones de procesos internos, debiendo ser valoradas, según Rojas, como si se tratara de una Obra (artística) o de una *Imagen Onírica.* Al estar "fuera", puede ser observada y objetivada por ambos (paciente/terapeuta), siendo de gran ayuda para restablecer la *COMUNICACIÓN* entre los mismos. La función del psicodramatista es la de ofrecer su capacidad, metodología y técnica para que sea el propio paciente el que encuentre "su verdad", se ilumine y tome conciencia de lo que le pasa en última instancia.

Lo que el Protagonista (paciente) llega a depositar en el Escenario es una *FORMA* concreta que admite múltiples *CONTENIDOS.* El trabajo con *TELAS,* como Técnica de Construcción de *IMÁGENES (FORMAS),* va encaminado a presentar "de manera global y simultánea" una trama de significados y relaciones que pertenecen a "su mundo interno", a su *PSIQUISMO,* y que en muchas ocasiones el individuo que nos consulta mantiene "bloqueados" en su "preconsciente" o, lo que sería lo mismo, sus propios Conflictos Psicológicos no le permiten "iluminar el campo" y "tomar conciencia" de lo que le sucede.

En la técnica que he dado por llamar **"Test Proyectivo Psicodramático" (TPP),** al trabajar con *TELAS,* el protagonista produce ("crea") con ellas una (o varias) *IMAGEN(es)/FORMA(s).* Al aplicar dicha Técnica, son generados tres elementos que serían:

- **la Obra,** (Acto creativo)
- **la Distancia** ("proxémica" de HALL)
- **la Iluminación** ("el tomar conciencia") y

Respecto al *ESCENARIO* "como lugar de la ficción y del *COMO-SI*", al ser potenciado y utilizado en todas sus posibilidades, crea un

nuevo *CONTEXTO*, el *DRAMÁTICO*, conviertiéndose en el lugar ("círculo" ESPACIO DRAMÁTICO) en el que el protagonista puede concretar *FANTASÍAS y SITUACIONES*, permitiendo que plasme su *MUNDO INTERNO* con *FORMAS* que a su vez permiten ir desvelando sus *CONTENIDOS*. Ahora bien, en el TPP, parto ya de vivencias que engloban todas y cada una de las fantasías y situaciones que pueda vivir el paciente, y son tres: *PENSAMIENTOS, SENTIMIENTOS y ACTOS*, que llamo **"Dimensiones del Psiquismo".**

Para acabar, quisiera que esta comunicación aportara una aclaración sobre la idea generalizada que existe sobre el Psicodrama, que es concebido por desconocimiento como una técnica de "happening", en el mejor de los casos como una técnica catártica, ya que pensamos que, sin desvalorizar la necesidad emocional de los pacientes de expresar ampliamente su sufrimiento, de forma verbal y corporal, es necesario que "tomen conciencia" de lo que realmente les pasa, cosa que creo hacemos en nuestro quehacer psicoterapéutico ampliamente, ayudar a nuestros pacientes a "entenderse a sí mismos", a "tomar conciencia de lo que les pasa", en definitiva, a ser los protagonistas de su propia curación.

BIBLIOGRAFÍA

AYALA, J.F. (1994) *La teoría de la Evolución. De Darwin a los últimos avances de la genética.* Ed. Temas de Hoy. Madrid.

DIAZ, J.L. (1989) *Psicobiología y conducta. Rutas de una indagación.* Ed. Fondo de Cultura Económica. Primera Edición. México D.F.

ECCLES, C.J. (1992) *La Evolución del cerebro: creación de la conciencia.* Ed. Labor. Primera Edición. Barcelona.

EIBL-EIBESFELDT, I (1987) *El hombre preprogramado.* Ed. Alianza Universidad. Cuarta reimpresión. Madrid.

FONSECA-FÀBREGAS, L. Ernesto. (1999) *"Las Formas del Círculo: Test Proyectivo Psicodramático".* Ed. por el autor. Primera Edición. Barcelona.

FRAZER A., MOLINOFF P., WINOKUR A. (1996) *Bases biológicas de la función normal y patológica del cerebro.* Ed. Espaxs. Barcelona.

GARCÍA RODRÍGUEZ, F. (1992) *El sistema humano y su mente.* Ed. Díaz de Santos. Madrid.

GUIRAO, M. (1976) *Anatomía de la consciencia. Anatomía sofrológica.* Ed. Audes Internacional. Barcelona.

JACOB, F. (1982) *El juego de lo posible.* Ed. Grijalbo. Primera edición. Barcelona.

KNAPP, L.M. (1988) *La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno.* Ed. Paidós. Segunda reimpresión. Barcelona.

LINDSAY, H.P., A. NORMAN, D. (1983) *Introducción a la psicología cognitiva.* Ed. Tecnos. Segunda edición. Madrid.

LORENZ, K., LEYHAUSEN, P. (1978) *Biología del comportamiento, raíces instintivas de la agresión, el miedo y la libertad.* Ed. Siglo veintiuno editores. Sexta edición. México.

MONTEJO, V. (1999) *POPOL VUJ: Libro Sagrado de los Mayas.* Ed. Artes de México. Primera edición. México.

PAVLOV, I. (1973) *Actividad nerviosa superior. Obras escogidas.* Ed. Fontanella. Primera edición. Barcelona.

POPPER, K.R. (1983) *Conjeturas y refutaciones. El desarrollo del conocimiento científico.* Ed. Paidós. Primera edición. Barcelona.

ROJAS-BERMÚDEZ, J. (1997) *Teoría y técnica psicodramáticas.* Ed. Paidós. Primera edición. Barcelona.

ROJO SIERRA, M. (1984) *La asimetría cerebral y la experiencia psicológica y patológica del tiempo.* Ed. Sancho. Valencia.

SINTES CARLUCCIO, R. (1999) *Aquí y ahora. El psicodrama.* Ed. Multiplicidades. Montevideo.

SPRINGER, P.S., DEUTSCH G. (1988) *Cerebro izquierdo, cerebro derecho.* Ed. Alianza Psicología. Madrid.

SAVAGE R.J.G., LONG M.R. (1991) *Evolución de los mamíferos. Guía ilustrada.* Ed. Akal. Madrid.

TOBEÑA, A. (1994) *Intimitats del cervell humà.* Ed. La Campana. Primera edición. Barcelona.

CAPÍTULO 6

PROPUESTAS DE LA PSICOTERAPIA ACTUAL

María Crespo L.

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid

PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Delimitar el concepto de Modificación o Terapia de Conducta en la actualidad es tarea harto difícil debido a la diversidad de enfoques, aplicaciones y técnicas encuadrados bajo esta denominación, diversidad fruto del crecimiento y de la rápida expansión que ha experimentado este enfoque terapéutico desde sus inicios y, especialmente, en las últimas décadas.

La Terapia Cognitivo-Conductual, como hoy se la tiende a denominar, surgió en los años 50 como respuesta y rechazo al estado de cosas imperante en el ámbito de la enfermedad mental y su tratamiento; pero, además, la Terapia de Conducta se muestra desde el principio como una alternativa válida y eficaz, que cuenta con una sólida fundamentación teórica que permite no sólo explicar los trastornos del comportamiento, sino además presentar alternativas eficaces para su solución, desarrollando estrategias propias producto de la investigación experimental del comportamiento.

Esta doble vertiente ha marcado todo el desarrollo de la Terapia de Conducta, y ha conllevado un rápido proceso de expansión, que ha hecho de ella uno de los modelos de intervención psicológica mejor establecidos y consolidados en la sociedad occidental, y por supuesto también en nuestro país. Esta disciplina ha recorrido un largo camino desde sus inicios, tanto desde un punto de vista teórico o conceptual como empírico. En las siguientes páginas, se resumen, brevemente, los aspectos más característicos del panorama actual de la terapia cognitivo-conductual señalando, así mismo, los principales retos y desafíos a los que se enfrenta en su más inmediato futuro.

SITUACION ACTUAL DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

La evolución de la terapia conductual se ha caracterizado por una continua expansión que la han convertido en una orientación cada vez más compleja y heterogénea, y por ende más rica que aquella que surgió hace apenas medio siglo. Este proceso de expansión se ha manifestado en diversos aspectos:

(a) En primer lugar, se ha producido una progresiva diversificación de enfoques e incorporación de nuevas *variables para la explicación de la conducta.* Aunque se ha tratado de un proceso gradual y continuo, tal vez pueda marcarse como hito más notable, por su repercusión, la incorporación en la explicación y el tratamiento de los problemas comportamentales de las *variables cognitivas* en la década de los 70.
Desde el enfoque cognitivo de la Modificación de Conducta se rompe entonces con las conceptualizaciones previas, otorgando a las variables cognitivas un lugar central en la explicación y tratamiento, considerándolas intermediarias del cambio psicológico, y causa y determinante de la conducta.
La consideración de que las cogniciones determinan la conducta y no se explican, al menos exclusivamente, por procesos de condicionamiento, supuso una "convulsión" levantando cierta polémica entre los terapeutas y autores que defendían la primacía de la cognición (los llamados "cognitivos"), por un lado, y aquellos que mantenían el énfasis en la conducta.
Sin embargo, con el paso del tiempo las variables cognitivas y las técnicas de intervención cognitivas han llegado a formar parte del bagaje de la Modificación de Conducta. De hecho, se puede decir que, al menos desde un punto de vista pragmático, se ha producido un acercamiento entre la Modificación de Conducta y la Modificación Cognitiva o Cognitivo-Conductual, reconociéndose la necesidad de incorporar variables cognitivas en la explicación, evaluación y el tratamiento. No obstante, se insiste en la necesidad de que estas aportaciones se mantengan dentro del conocimiento científico, por ser este un aspecto esencial y definitorio de la Modificación de Conducta.

Este acercamiento, y la profusión del enfoque cognitivo se refleja en la propia terminología, ya que en la actualidad el término cognitivo-conductual ha sustituido de forma casi generalizada al de conductual en publicaciones, asociaciones, reuniones científicas,... aunque en cierto sentido esto no deja de ser redundante, ya que la consideración amplia del término conductual incluiría en sí misma lo cognitivo.

(b) En dependencia con lo anterior, el mismo objeto del tratamiento, la *conducta*, ha sufrido una extensión en su definición. Desde una consideración inicial sumamente restrictiva que identificaba la conducta con la conducta observable o con manifestaciones externas (mantenida hoy únicamente por los enfoques conductistas más radicales, que son minoritarios), se ha pasado a una interpretación más general en la que se incluyen tanto respuestas manifiestas como encubiertas (por ejemplo, emociones, verbalizaciones implícitas,...), siempre y cuando dichas respuestas se puedan delimitar y evaluar. Es decir, todas las conductas de los sujetos, y no sólo la externa, son ahora objeto de la Modificación de Conducta.

(c) Estos cambios en las variables y en la definición de su objeto, unidos al propio progreso de la disciplina, han implicado un desarrollo y aumento de las *técnicas de intervención*. Estas han sido fruto en unas ocasiones de nuevas propuestas teóricas, de la propia experiencia clínica de los terapeutas conductuales, o bien del refinamiento de procedimientos previos basado en hallazgos experimentales (e.g. la incorporación de las reglas a las técnicas operantes o el desarrollo de la desensibilización por movimientos oculares). No obstante, sea cual sea su origen, la incorporación de una técnica al acervo de los procedimientos conductuales ha de basarse en una investigación rigurosa que permita su validación experimental. De hecho, algunas de las técnicas surgidas en los diferentes momentos del desarrollo de la Modificación de Conducta se han ido descartando por no haber demostrado de forma fehaciente su eficacia, desapareciendo de manuales y programas de formación hasta llegar prácticamente a caer en el olvido (piénsese por ejemplo en algunas de las numerosas técnicas cognitivas surgidas en los años 70).

(d) Por otra parte, a lo largo de los últimos años se ha apreciado una notable expansión de las *áreas de intervención* o ámbitos de aplicación de la Modificación de Conducta. Esta expansión que comenzó en los años 70 con la aparición de la denominada Medicina Conductual, se ha hecho especialmente notoria a partir de la década siguiente con la expansión a ámbitos como el laboral, deportivo, comunitario,... Por lo que respecta a las aplicaciones en la escuela, los inicios de la Modificación de Conducta están estrechamente vinculados a este ámbito. Basta recordar que algunas de las primeras aplicaciones de los métodos operantes en humanos (como los trabajos de Bijou y su grupo) tuvieron lugar precisamente en esta área.

Así mismo se ha producido una expansión dentro del propio *ámbito clínico*, abordándose el tratamiento de problemas cada vez más complejos. Evidentemente los trastornos clínicos considerados tradicionales (obsesiones, fobias, depresión y disfunciones sexuales) siguen siendo foco de interés, pero paulatinamente han ido cobrando relevancia otros problemas, como el trastorno por estrés postraumático o la ansiedad generalizada, los trastornos de la alimentación o las conductas adictivas (tanto por lo que se refiere a drogas legales –alcohol o tabaco–, como a las ilegales –heroína o cocaína–). Así mismo, se están desarrollando programas para la rehabilitación de enfermos mentales crónicos, así como para el tratamiento de trastornos de personalidad, de control de impulsos (como el juego patológico), somatoformes, de diversos problemas del sueño, de parafilias, trastornos adaptativos,... Se puede decir que la terapia cognitivo-conductual se aplica hoy para el tratamiento o la rehabilitación de quienes sufren prácticamente cualquier trastorno psicopatológico. Y ello sin olvidar el auge creciente de la Psicología de la Salud, en el que la terapia cognitivo-conductual ha jugado y sigue jugando un papel muy importante.

(e) La expansión de las áreas de intervención ha conllevado una ampliación en los *Niveles y estrategias de intervención.* Desde las aplicaciones iniciales, centradas casi exclusivamente en intervenciones directas (individuales o en pequeños grupos)

realizadas en consulta para el tratamiento de trastornos ya establecidos, se ha pasado, sin renunciar a lo anterior, a aplicar intervenciones preventivas, desarrolladas en muchos casos a nivel comunitario. Así mismo, se ha generalizado la utilización de personas próximas al sujeto como coterapeutas, potenciándose así la intervención en el propio medio del sujeto.

(f) Este cambio de perspectiva ha supuesto a su vez, un interés e insistencia crecientes en la utilización de *tratamientos interdisciplinares* cuando así lo requiera el problema. En este sentido cabe destacar la aproximación entre terapia conductual y tratamiento psicofarmacológico, que ha llevado al estudio de la interacción y aplicación conjunta de ambos tipos de tratamiento. Efectivamente, el uso de medicamentos puede, en algunos casos, allanar el camino para la aplicación posterior de técnicas conductuales (por ejemplo, en pacientes esquizofrénicos cuya sintomatología interfiere en la realización de tareas conductuales). A su vez, la terapia de conducta puede favorecer el tratamiento farmacológico, facilitando el cumplimiento de prescripciones terapéuticas (por ejemplo en sujetos maníacos tratados con litio). Es más, en algunos trastornos (por ejemplo, la agorafobia con ataques de pánico) parece que la combinación de ambos tipos de tratamiento puede arrojar un resultado mejor que el uso de cualquiera de ellos por separado.

(g) Frente al tradicional rechazo, se está produciendo un paulatino acercamiento a las *clasificaciones diagnósticas*, especialmente a las más recientes, que incorporan innovaciones que han hecho posible este cambio de postura. Estas clasificaciones se complementan en la práctica clínica con el análisis individualizado del caso, aunque este modo de proceder es cuestionado por algunos autores (e.g. Krasner, 1992). En cualquier caso, el diagnóstico suele considerarse tan sólo como un punto de partida que puede facilitar la evaluación conductual del caso, sin que se pueda reemplazar a ésta.

(h) Finalmente, y frente a los planteamientos iniciales que subrayaban los aspectos técnicos del tratamiento a expensas de consideraciones clínicas, la Modificación de Conducta ha ido

incorporando *aspectos generales* relacionados con la forma de proceder en la clínica, la relación terapeuta-paciente, las variables del sujeto o las habilidades del terapeuta. Estos aspectos se consideran hoy agentes activos en la intervención, siempre que se integren, eso sí, en la aplicación de técnicas específicas que hayan mostrado su eficacia.

CONTROVERSIAS Y RETOS ACTUALES DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

A pesar del camino recorrido, la terapia de conducta se enfrenta hoy con una serie de dificultades, en unos casos, y retos o desafíos, en otros, que con toda seguridad configurarán su perfil en el futuro próximo. Y ello sin olvidar los condicionantes sociales que tanto han influido en el desarrollo histórico de esta disciplina.

La progresiva diversificación de la Modificación de Conducta y la agria polémica surgida entre lo conductual y lo cognitivo, marcada por el estatus otorgado a la cognición, abrió una importante brecha que puso a la Modificación de Conducta en peligro de escisión (Eifert, 1997). Sin embargo, la práctica terapéutica ha motivado el acercamiento entre ambas posturas, utilizando el clínico todas las técnicas que le permiten tratar de manera eficaz los problemas del paciente, ya sean estas conductuales, cognitivas o cognitivo-conductuales. Cabe por ello esperar que en un futuro se potenciarán los intercambios en los puntos de vista sobre este tema a nivel teórico propiciando el "integracionismo interno", es decir, el acercamiento de posturas para constituir una única disciplina. Sin embargo, autores como Kanfer y Hagerman (1985) consideran inviable o imposible esta integración a nivel teórico. Otros en cambio (e.g. Agras, 1997) la consideran ineludible e inexcusable, ya que refleja la situación real en la práctica clínica que de otro modo se separará cada vez más de la base teórica (algo que de hecho ya está sucediendo). En todo caso, se hace patente la necesidad de abordar este tema empíricamente, determinando experimentalmente el papel de la cognición (Reitman y Drabman, 1997), y los componentes activos de las técnicas cognitivas (Becoña, 1991; Bragado y Carrasco, 1987). No hay que olvidar que gran parte de los "recelos" sus-

citados por el enfoque cognitivo provienen de la profusión de técnicas cognitivas durante los años 70, muchas de las cuales pronto se mostraron ineficaces.

Desde su origen, la Terapia de Conducta ha mostrado un compromiso ineludible con la evaluación de la eficacia. Ese compromiso está en la base de su aceptación y asentamiento como opción terapéutica y ha influido notablemente en la psicología clínica, de modo que en la actualidad el interés por la evaluación rigurosa de la eficacia de una intervención determinada afecta a un amplio número de terapeutas y, lo que es más importante, de asociaciones profesionales y agencias de salud. Baste mencionar como ejemplo, los esfuerzos recientes de la APA por el establecimiento de criterios para la determinación de los tratamientos apoyando empíricamente (véase Chambless et al., 1998; Chambless y Hollon, 1998; y Woody y Sanderson, 1998). Este compromiso con el rigor metodológico ha de mantenerse en el futuro, constituyendo la única vía para la evaluación de la eficacia de las nuevas intervenciones que puedan surgir, para la "depuración" de los tratamientos ya existentes (i.e. la determinación de sus factores y componentes activos, y de las condiciones de aplicación que optimizan sus resultados, en un intento de mejorar la relación coste-eficacia), y para la aceptación de la intervención conductual dentro del sistema de salud. De hecho, ha sido el rigor metodológico el que ha permitido que las técnicas conductuales estén presentes, y muy presentes, en todos aquellos listados o proyectos que se han hecho hasta la fecha en un intento de sistematización de los tratamientos eficaces (véase Chambless et al., 1996 y 1998, y Nathan y Gorman, 1998)

Menos se ha avanzado, en cambio, en la difusión y divulgación en todos los ámbitos de las técnicas eficaces. Es preciso que la Modificación de Conducta asuma la tarea de la difusión de sus propuestas, aspecto algo abandonado hasta el momento, y que sepa dar respuesta con ellas a una demanda social real (Persons, 1997). Sólo si la terapia de conducta asume esta labor podrá ocupar el lugar que le corresponde entre los tratamientos psicológicos y los servicios de salud en general.

Por otra parte, es de esperar que el futuro traiga el desarrollo de nuevas técnicas de intervención, algunas de las cuales supondrán, sin duda, la incorporación de los nuevos recursos tecnológicos (e.g.

ordenadores, *Internet*, realidad virtual,...) (véase, por ejemplo, Botella, Baños, Perpiñá y Ballester, 1998, Newman, Consoli y Taylor, 1997, o Riley y Veale, 1999). A pesar del indudable valor que estos desarrollos puedan tener, la Modificación de Conducta no debe dejarse "deslumbrar" por el atractivo de lo novedoso y de la tecnología, algo que, por otra parte, ya ocurrió hace años con la aparición y el "boom" del *biofeedback* o de las técnicas cognitivas y que puede estar sucediendo en la actualidad con la Desensibilización por Movimientos Oculares (Shapiro, 1989). Se debe tender, en cambio, a la elaboración de programas de tratamiento en los que los recursos tecnológicos estén al servicio de la consecución del mayor beneficio terapéutico posible, y no a la inversa, y ello con el menor coste en tiempo y recursos.

Este énfasis en el desarrollo y evolución de técnicas conlleva el riesgo de caer en el pragmatismo, esto es, de utilizar aquello que es útil sin más, y de alejarse con ello de las bases teóricas que lo sustentan. Por ello la Terapia de Conducta no debe, ni puede abandonar las cuestiones teóricas y filosóficas (Forsyth, 1997; Franks, 1997; Hawkins, 1997), especialmente si tenemos en cuenta que es previsible que en los próximos años algunas técnicas comiencen a ser aplicadas por algunos terapeutas de otras orientaciones que las consideran como un mero "vehículo" "(Forsyth, 1997), y que el número de técnicas disponible es cada vez mayor y más heterogéneo. Por tanto, parece que la Terapia de Conducta se interesa hoy poco por la teoría y es de esperar que esta situación prosiga en el futuro próximo, ya que las presiones y las demandas para ello son fuertes. Sin embargo, conviene atender a la advertencia de Seligman (1998) cuando afirma que *"no debemos ajustar la investigación para justificar lo que realmente hacemos en la práctica, sino que hemos de moldear lo que hacemos en la práctica para ajustarlo a lo que se descubre en la investigación sobre terapia"* (p. V). De lo contrario, la Modificación de Conducta corre el peligro de convertirse en una mera "tecnología".

Por lo que respecta a nuestro país, la Modificación de Conducta afronta el reto adicional de romper la dependencia respecto al ámbito anglosajón y de seguir con la consolidación de la producción propia iniciada ya en los años 90.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Agras, W. S. (1997). Helping People Improve Their Lives with Behavior Therapy. *Behavior Therapy, 28*, 375-384.

Becoña, E. (1991). ¿Es la Modificación de Conducta Cognitiva más Eficaz que la Clásica Modificación de Conducta? *Revista de Psicología General y Aplicada, 44*(3), 339-347.

Botella, C., Baños, R. M., Perpiñá, C. y Ballester, R. (1998). Realidad Virtual y Tratamientos Psicológicos. *Análisis y Modificación de Conductaq, 24*, 5-26.

Bragado, M. C. y Carrasco, I. (1987). Límites y Efectividad de las Técnicas Cognitivo-Conductuales en su Aplicación Clínica. *Revista Española de Terapia del Comportamiento, 5*, 249-267.

Chambless, D. L. y Hollon, S. D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 7-18.

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoum, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A. F., Johnson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A. y Woody, S. R. (1998). Update on Empirically Validated Therapies II. *The Clinical Psychologist, 51*, 3-15.

Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Benett-Johnson, S., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S. R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D. A. y McCurry, S. (1996). An Update on Empirically Validated Therapies. *The Clinical Psychologist, 49*, 5-18.

Eifert, G. H. (1997). Psychoanalysis Ruled (Much of) the 20th Century-Behavior Therapy the 21st Century? *Behavior Therapy, 28*, 371-374.

Forsyth, J. P. (1997). It Was the Age of Wisdom, It Is the Age of Hope. *Behavior Therapy, 28*, 397-401.

Franks, C. M. (1997). It Was the Best of Times, It Was the Worst of Times. *Behavior Therapy, 28*, 389-396.

Hawkins, R. P. (1997). Can Behavior Therapy Be Saved From Triviality? *Behavior Therapy, 28*, 637-645.

Kanfer, F. H. y Hagerman, S. M. (1985). Behavior Therapy and the Information Processing Paradigm. En S. Reiss y R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical Issues in Behavior Therapy* (pp. 3-33). Orlando: Academic Press.

Krasner, L. (1992). The Concepts of Syndrome and Functional Analysis: Compatible or Incompatible? *Behavioral Assessment, 14*, 307-321.

Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (Eds.). (1998). *A Guide to Treatments that Work*. New York: Oxford University Press.

Newman, M.G., Consoli, A. y Taylor, C.B. (1997). Computers in Assessment and Cognitive-Behavioral Treatment of Clinical Disorders; Anxiety as a Case in Point. *Behavior Therapy, 28*, 211-235.

Persons, J. B. (1997). Dissemination of Effective Methods: Behavior Therapy Next Challenge. *Behavior Therapy, 28*, 465-471.

Reitman, D. y Drabman, R. S. (1997). The Value of Recognizing Our Differences and Promoting Healthy Competition: the Cognitive Behavioral Debate. *Behavior Therapy, 28*, 419-429.

Riley, S. y Veale, D. (1999). The Internet and its Relevance to Cognitive Behavioural Psychoterapists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 27*, 37-46.

Seligman, M. E. P. (1998). Foreword - A Purpose. En P. E. Nathan y J. M. Gorman (Eds.), *A Guide to Treatments that Work* (pp. III-VII). New York: Oxford University Press.

Shapiro, R. (1989). Eye Movement Desesitization: a New Treatment for Postraumatic Stress Disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 20*, 211-217.

Woody, S. R. y Sanderson, W. C. (1998). Manuals for Empirically Supported Treatments: 1998 Update. *The Clinical Psychologist, 51*, 17-21.

ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA

Psiquiatra

NOTAS SOBRE EL FUTURO DE LA PSICOTERAPIA

El término *psicoterapia* se utiliza hoy en muy diversas acepciones. Aquí nos atendremos a la definición propuesta en 1997 por un grupo de consenso formado por psicoterapeutas con práctica en la sanidad pública de Madrid (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodriguez Vega, Benito Cano, y Mas Hesse 1997). Según este grupo, la psicoterapia es:

> *Un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo.*

Esta definición pretende circunscribirse a aquellas prácticas de las que reclaman el nombre de psicoterapias en las que se pretende actuar sobre *problemas de salud mental* (a punto estuvimos de utilizar el término *trastornos mentales*) excluyendo las que persiguen objetivos como el autoconocimiento, el desarrollo personal o el acceso a otras experiencias más o menos interesantes

Este grupo (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodriguez Vega, Benito Cano, y Mas Hesse 1997) matizó esta definición con algunas aclaraciones que citamos textualmente

> *Esta definición* ***excluye*** *otra serie de prácticas que pudieran, en alguna medida, ser consideradas afines, como son:*
>
> * ***Otras relaciones de ayuda*** *(amigos...) en los que el que la da no es un profesional experto.*
> * ***Consejo médico o psicológico*** *en el que el experto se limita a poner a disposición del cliente información que le permite realizar una elección cuya realización no está impedida por patología mental**.

* *Es consejo si se dice algo como "debe dejar de fumar porque en su caso –bronquitis crónica– fumar entraña tales y cuales riesgos". Hay psicoterapia si se inicia una intervención*

* ***Manejo clínico*** *de un tratamiento medicamentoso, en el que el objetivo es garantizar las condiciones (de información confianza en el médico, expectativas, adherencia al tratamiento) que permiten optimizar el efecto e la medicación prescrita.*

Como nota adicional convinimos que la psicoterapia supone la ***posibilidad de construir una versión del problema presentado por el paciente en el que este aparece como implicado personalmente en el origen, el mantenimiento o las posibilidades de resolución del mismo.***

En psicoterapia, como en todo, hablar del futuro implica recurrir a la historia. Al menos a aquellos hitos de la historia de la psicoterapia que son determinantes de las tendencias actuales en el modo de hacerla y de pensarla. Vamos a referirnos a tres. Como hemos señalado en otras ocasiones (Fernández Liria 1999), es llamativo que las tres, tienen forma de veredicto.

EL VEREDICTO DE EYSENCK: LA EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA

El primero es un veredicto emitido por un investigador tan riguroso como Eysenck y viene a poner de manifiesto que, en el momento de su publicación (1952), la psicoterapia era una práctica extendida y prestigiada por cuyo liderazgo competían diversas escuelas, pero **no existían pruebas serias de que fuera eficaz** (En realidad Eysenck concluía algo aún peor: que la evidencia existente apuntaba a que la psicoterapia era menos eficaz que la permanencia en lista de espera y que, de algún modo, impedía la remisión espontánea de los trastornos neuróticos. Pero el fundamento de esta conclusión fue pronta y justamente discutido junto con la metodología del estudio que dio lugar a él). Una de las reacciones ante este primer veredicto fue la puesta en marcha de una cantidad importante de investigación y el desarrollo de una metodología investigadora en ocasiones finísima (Fernández Liria 1993 y 1994, Lambert y

---

para resolver el problema de que el cliente ***no puede dejar de fumar aunque conozca los peligros y quiera hacerlo****. Lo mismo será aplicable en el caso de un consejero matrimonial.*

Bergin 1994). A estas alturas de siglo la efectividad general de las psicoterapias tanto frente a la ausencia de tratamiento como frente a placebo, parece fuera de duda. Lambert y Bergin (1994) revisaron los resultados de los estudios meta-analíticos[1] realizados sobre el efecto de la psicoterapia sobre diversos trastornos poniendo de manifiesto que su magnitud de efecto es semejante a la de otros tratamientos utilizados en medicina (**cuadros 1, 2 y 3**).

Hoy, se considera que las intervenciones psicoterapéuticas o psicosociales en general, constituyen (en combinación o no con tratamientos medicamentosos) el tratamiento de primera elección de una gran parte de los trastornos mentales (de la agorafobia y otros trastornos fóbicos a las obsesiones, pasando por los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos subsecuentes al estrés traumático, los trastornos de la personalidad o la patología psicosomática) y son un elemento coadyuvante imprescindible en el tratamiento de casi todos ellos.

Desde luego que la efectividad demostrada no es para sentirse satisfecho. Pero no lo es para ninguno de los modos de tratamiento de que disponemos en psiquiatría. En un editorial del *Current Opinion in Psychiatry* (Rush 1996), una publicación poco sospechosa de veleidades antipsiquiátricas, nos recordaba que, aunque la tasa de respuesta de los trastornos depresivos a los fármacos antidepresivos era de entorno al 50% (lo que tampoco es ninguna maravilla), *respuesta* (disminución estadísticamente significativa de la puntuación, por ejemplo, en la escala de Hamiltón) no es sinónimo de *remisión*. La mayor parte de los trabajos sobre efectividad de los psicofármacos no proporcionan datos sobre la tasa de remisión y la pode-

[1] La utilización de el meta-análisis en la investigación sobre psicoterapias ha venido a resolver alguna de las dificultades de este tipo de investigación como, por ejemplo, la exigüidad del tamaño de las muestras o la de la introducción de sesgos debidos a características de los investigadores o de los lugares en los que se lleva a cabo la investigación. Básicamente el meta-análisis supone un intento de aplicar los principios de la investigación empírica al proceso de revisión de la literatura. Para ello se realiza una selección de trabajos de acuerdo con unos rigurosos criterios de inclusión predefinidos. El proceso se basa en la comparación de los resultados de los estudios seleccionados para lo que *éstos se expresan en una medida común* llamada **magnitud de efecto** (effect size) que se calcula como la diferencia de las medias entre el grupo experimental y el control, dividida por la desviación estandar (del grupo control o de ambos grupos considerados en conjunto). Esto permite el manejo estadístico de los resultados (Fernández Liria 1993).

mos extraer de los escasísimos que sí los proporcionan se sitúa en torno al 25%. Si consideramos que la *remisión sintomática* suele preceder a la *recuperación* del funcionamiento previo en las esferas laboral, social y familiar la perspectiva aún empeora. Este es el panorama general en que nos movemos en la terapéutica de los tratamientos *en general*. Un panorama que nos obliga a ser modestos (aunque el *marketing* y la modestia se den de bofetadas y la mayor parte de la información que nos llega a los psiquiatras lo haga en forma de instrumento de *marketing* de la industria farmacéutica). Debemos ser modestos, por tanto, a la hora de apreciar la efectividad de la psicoterapia pero no más que en la de cualquier otro medio de tratamiento de los trastornos mentales.

La inicial reticencia de los psicoterapeutas (sobre todo de los de orientación psicodinámica) a someter su trabajo a una evaluación de eficacia es hoy insostenible. El problema, hoy, se ha desplazado a cuáles pueden ser los procedimientos para medir tal eficacia y a los de medida de la efectividad (esto es la eficacia en las condiciones clínicas estándar de aplicación y no en las condiciones artificiales de la investigación). La primera dificultad más que los indicadores de resultado (que no son ni mejores ni peores para medir los de la psicoterapia que los de los tratamientos farmacológicos) está en los procedimientos para seleccionar y aleatorizar las muestras, ya que parece haber un acuerdo casi unánime en que las categorías diagnósticas de sistemas como el DSM o la CIE no son adecuados para seleccionar intervenciones psicoterapéuticas. Volveremos sobre este tema al ocuparnos de los *tratamientos empíricamente validados*.

EL VEREDICTO DEL *PÁJARO DODO:* LA EFICACIA RELATIVA DE LAS DIFERENTES PSICOTERAPIAS

Si la investigación realizada desde la formulación del veredicto de Eysenck, hasta 1980 y en la década posterior, tuvo éxito en la demostración de las psicoterapias para el tratamiento de los trastornos mentales en general, y de algunos cuadros clínicos en particular, no fue capaz de satisfacer lo que constituía uno de los estímulos para la investigación para muchos investigadores adscritos a diferentes escuelas de psicoterapia: demostrar la superioridad de las interven-

ciones basadas en una determinada teoría (que podría así ser considerada como más correcta o más acertada que el resto para explicar los trastornos mentales y su tratamiento) sobre las basadas en las demás.

Esta incapacidad dio lugar a la formulación del segundo de los jalones a los que hacíamos referencia, marcado por lo que Lester Luborski (Luborski, Singer y Luborski 1975) bautizó como veredicto del *pájaro Dodo*[2], y consiste en la imposibilidad del abultado trabajo de investigación realizado hasta la fecha, para demostrar diferencias consistentes entre intervenciones psicoterapéuticas basadas en diferentes teorías o escuelas; imposibilidad a la que se ha añadido la dificultad encontrada para definir un *placebo* en psicoterapia, y la comprobación de la magnitud de efecto lograda por alguno de los placebos propuestos. Este segundo veredicto ha abierto dos líneas de trabajo que parten de supuestos distintos y persiguen objetivos diferentes, aunque se miran entre sí con creciente interés. Por un lado, el intento de buscar formas incontaminadas de cada una de las terapias propuestas, procurando la acción de los factores que cada una considera más específicos. Se trata en esta línea de garantizar la **pureza** de las intervenciones aplicadas, y de estudiar la **especificidad** de los factores terapeuticos que estas activan. En su versión extrema ha dado lugar a todo el proceso de **manualización** de las psicoterapias. En el campo de la investigación, la manualización ha permitido avances notables, y ha dado lugar a anécdotas interesantes como la del *descubrimiento* por parte de Fairburn de la *terapia interpersonal de la bulimia nerviosa* cuando estaba tratando de formalizar un placebo para demostrar la eficacia de la *terapia cognitivo conductual* que él mismo practicaba (Fairburn 1993, Fairburn, Jones, Pevler, Carr, Solomon, O´Connor, Burton, Hope 1991).

Respecto a lo que aquí nos interesa, la **manualización** ha tenido ya una repercusión importante sobre sistemas de dispensación de servicios muy volcados en la consideracion de los costes como el norteamericano. Y, sin duda, lo tendrá en el nuestro.

Al margen de estas consideraciones los manuales representan un instrumento útil para la investigación y, en ocasiones, para la for-

[2] Personaje de *Alicia en el pais de las maravillas* en cuya boca pone Lewis Carroll la frase "todos han ganado y cada cual tiene derecho a su premio" (Luborski, Singer y Luborski, 1975)

mación de psicoterapeutas. Alguno de ellos ha sido específicamente adaptado para las condiciones de trabajo en nuestro sector público y ha dado lugar a una cierta cantidad de docencia e investigación en ese campo (Diéguez Porres, Morales Hevia, González Suárez 1997, Fernández Liria, Rodríguez Vega, Diéguez Porres, González Suárez, Morales Hevia 1997).

La segunda línea de trabajo abierta por el veredicto del pájaro Dodo es la que ha dado origen a lo que se conoce como el *movimiento por el eclecticismo o la integración en psicoterapia*. Norcross y Arkowitz (1992) creen que este movimiento se sustenta en las razones que resumimos en el **cuadro 4**. El **cuadro 5**, tomado de esos mismos autores, recoge los trabajos que nos permiten ver la importancia de esa tendencia en los Estados Unidos. En una encuesta realizada entre los profesionales del sector público de la zona Sur de Madrid con motivo de una ponencia de la AEN (Desviat, Fernández Liria, Mas Hesse 1996) se puso de manifiesto que el 76% declaraba que fundamentaba su práctica en mas de una orientación teórica y que el 93% utilizaba o prescribía técnicas basadas en diferentes orientaciones teóricas. Hoy esta tendencia ha encontrado un cauce de expresión y discusión organizada a través de asociaciones como la *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* o revistas como el *Journal of Psychotherapy Integration*, y ha dado lugar a toda una revolución en el modo de entender la práctica de la psicoterapia.

En el trabajo al que antes hacíamos referencia Norcross y Arkowitz (1992) plantean tres modos de responder (en una perspectiva ecléctico-integradora) al dilema del pájaro Dodo que creemos que tienen su traducción en tendencias y prácticas que detectamos en el sector público.

El primero de ellos la bautizaron como **eclecticismo técnico** y ha encontrado sus mejores representantes en Lazarus y Beutler. Según los partidarios de esta tendencia, los avances en la práctica clínica no tienen por qué corresponderse –ni se corresponden de hecho– con los de nuestras teorías sobre la naturaleza de los trastornos mentales. Por eso, aunque hoy tenemos información suficiente para saber que determinadas modalidades de intervención basadas en distintas teorías son útiles ante diferentes situaciones, no estamos en condiciones de dotarnos de una teoría capaz de explicar, **a la vez**, por qué funciona cada uno de ellos. Lo que estos autores sostienen es la posibilidad de cons-

truir sistemas capaces de permitirnos seleccionar intervenciones de un modo sistemático (y no intuitivo) para los problemas que presenta cada paciente (o como acertadamente propone Beutler, para los problemas que se le presentan a cada pareja terapeuta-paciente). Tanto Lazarus (1992) como Beutler se han negado a definirse como integradores y creen que la única postura posible es el eclecticismo. Ello no significa que los terapeutas que lo practican deban carecer de postura teórica para entender los trastornos mentales. De hecho Beutler personalmente participa de una concepción basada en la teoría de la persuasión, y Lazarus es un conductista con concepciones deudoras de Wolpe y de Albert Bandura. Pero tanto el *eclecticismo sistemático* de Beutler (1983) como la *terapia multimodal* de Lazarus (1981), se presentan como sistemas que pueden permitir diseñar intervenciones, independientemente de cuál sea la posición teórica del terapeuta que las indica (por eso y no por otra cosa son eclécticos). El eclécticismo intuitivo es casi una necesidad en un marco que, como el del sector público, impide seleccionar pacientes. Lo que estos autores han abierto es una vía para pensar qué y cómo estamos haciendo ya, y para mostrarnos hasta qué punto algunos de los instrumentos que estamos intentando utilizar (como el DSM o la CIE) están inmensamente alejados de considerar los elementos que podrían orientarnos a la hora de tomar decisiones para confeccionar un plan terapéutico.

La segunda respuesta al dilema del *pájaro Dodo* es la propuesta –en amigable oposición a los anteriores– por los partidarios de la **integración teórica**. El desafío de los partidarios de esta postura es construir teorías capaces de dar cuenta, **a la vez,** de la capacidad de producir efectos terapéuticos demostrada por las intervenciones basadas en diferentes escuelas. Son precursores tempranos de esta postura Alexander (1963) y Dollard y Miller (1950). Más recientemente Wachtel (1977, 1987, 1993 y 1997) ha propuesto un modelo original de psicoterapia que sintetiza principios y hallazgos del psicoanálisis, la modificación de conducta y las terapias sistémicas, Horowitz (1988, 1997, Horowitz, Marmar, Krupnick et al 1984) ha construido un modelo teórico y un método práctico que reformula conceptos psicoanalíticos en términos de psicología cognitiva y emplea conceptos basados en la teoría de los roles y el análisis transaccional y Ryle (1990, 1995a y 1995b) ha propuesto un modelo de psicoterapia cognitivo-analítica que pretende adscribir a una teoría del desarrollo basada en Vigotsky.

Estos autores nos enseñan a no ignorar a efectos de nuestras reflexiones, los hallazgos de los compañeros de otras escuelas y de quienes hacen psicología en los medios académicos y nos animan a no abandonar el intento de construir teorías que nos permitan comprender cada elemento de nuestra práctica.

La última de las posibles respuestas al dilema del *pájaro Dodo* es la planteada por los partidarios de lo que se conoce como teorías de los **factores comunes**. El punto de partida de esta escuela fue acertado y radicalmente planteado por Frank (1961). En realidad la postura sostenida por los partidarios de la integración teórica (explicar como pueden operar **a la vez** los factores terapéuticos hipotetizados por diferentes escuelas) parte de un prejuicio: El de suponer que las terapias basadas en cada una de las concepciones teóricas funcionan por los motivos por los que esa concepción supone que lo hacen Si las terapias basadas en las diferentes orientaciones teóricas tienen resultados equivalentes puede ser porque los factores hipotetizados por cada uno de ellas son efectivamente puestos en marcha mediante las técnicas diseñadas para ello y tienen una potencia equivalente (como supondrían eclécticos o integradores teóricos). Pero también puede ser –como le parece a Frank– porque lo que determina la eficacia de cada una de las intervenciones posibles no es lo que tiene de específico y diferencial con las demás sino, precisamente, lo que comparte con ellas: por eso, porque lo que actúa es lo que todas tienen en común, el resultado es equivalente. En la hipótesis de Frank esos **factores comunes** son, además, los mismos que actúan en otras relaciones de ayuda, como las que establecen brujos o chamanes. Lo que en definitiva tienen en común (dice Frank) todas estas relaciones es el hecho de estar estructuradas de tal modo que se dan en un **encuadre** determinado (el *cromlech* o el diván...), mediane un **rito** (el ensalmo o la asociación libre...) que está justificado por un **mito** en el que creen tanto ayudador como ayudado (mal de ojo o psicoanálisis). En esta línea de los factores comunes se incluyen los trabajos de Prochaska (1984, Prochaska, Di Clemente 1984.) que ha desarrollado una teoría del cambio, que permite planificar intervenciones considerando el momento del proceso de cambio a enfrentar por el paciente; y los de Beitman (1987) que ha sistematizado los aconteceres de **cualquier** proceso psicoterapéutico en un sistema basado en un lenguaje común y que, recientemente, está trabajando en estructuradísimos sistemas

de enseñanza del uso de los factores comunes en el proceso psicoterapéutico. (Beitman y Yue 1999).

Definir los factores terapéuticos comunes de modo que den lugar a un sistema coherente no es fácil y, por regla general, los intentos de ser exhaustivos se han acompañado de pérdidas en sistematicidad. Norcross y Arkowitz (1992) y Bergin y Garfield (1994) han recogido (bastante asístemáticamente, por cierto) listados exhaustivos de factores de este tipo señalados por diversos autores (**cuadros 6** y **7**). El **cuadro 8** presenta el propuesto por el grupo de consenso al que antes hacíamos referencia (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano, Mas Hesse 1996) a partir de la reflexión sobre su práctica en el sector público madrileño.

Aunque no vamos a disponer de espacio aquí para justificar esta afirmación, el vuelco epistemológico derivado de la aplicación de las diferentes versiones del constructivismo que han invadido la teoría y la práctica de la psicoterapia, y la consideración de **la práctica psicoterapéutica como una actividad narrativa**, ofrece un lenguaje común para la consideración de los factores comunes y para la construcción de teorías integradoras que ya ha sido aprovechado por muchos autores procedentes de distintas escuelas. En esta idea han confluido autores que han realizado muy diferentes recorridos desde puntos muy distantes, como el psicoanálisis (Gill 1982, Luborsky, Barber y Diguer 1992, Schafer 1976 1983, Spence 1982), la terapia cognitiva (Gonçalves 1994, Guidano 1991), la experiencial (Greenberg, Rice y Elliot 1993) o la sistémica (Efran 1990, Hoffman 1987, 1990, Linares 1996, McNamee y Jergen 1992, Sluzski 1992, White y Epson 1990). Y lo han hecho con planteamientos epistémológicos y filosóficos también muy diversos. Para algunos terapeutas integradores la óptica de las narrativas ofrece una fuente de metateoría capaz de integrar aportes provenientes de diversas escuelas (Fernández Liria y Rodríguez Vega, en prensa; Gold 1996; Omer and Alon, 1997).

EL VEREDICTO DE LA *APA:* LOS TRATAMIENTOS EMPÍRICAMENTE VALIDADOS

Recientemente se ha producido un movimiento que marca el tercer jalón –también con forma de veredicto– en la historia reciente de

las psicoterapias: el de la creación, por parte de la Asociación Americana de Psicólogos (a la que nos referiremos con sus siglas en inglés APA) de un catálogo de *tratamientos empíricamente validados* que incluye sólo a aquellos que, debidamente manualizados, y contrastados vía ensayo clínico randomizado y doble ciego, han demostrado ser eficaces frente a un trastorno también debidamente definido de forma operativa con criterios DSM o similar. No ha sido el único intento en este sentido. Un informe encargado por el Servicio Nacional de salud británico con el mismo objetivo, llega a conclusiones prácticamente idénticas.

La APA se ha apresurado a afirmar que con este catálogo no pretende crear un émulo de la *FDA*[3] para los tratamientos psicológicos. Pero en cualquier caso ha destapado un especie de caja de Pandora a partir de la cual ya hay compañías de seguros que pretenden pagar sólo el número y tipo de sesiones establecidas en los manuales según el tipo de trastorno, y terapeutas discutiendo con vehemencia sobre si este movimiento les priva de la libertad y creatividad necesarias para actuar como tales, en un entorno como el de la clínica cotidiana, que poco tiene que ver con el creado artificialmente para llevar a cabo las investigaciones en las que se han fundamentado tales manuales (**citas 19...**) (por cierto que alguien con interés en ello debería periódicamente *traducir* e *importar* el debate al terreno equivalente de la efectividad de los psicofármacos donde, aunque la industria no tenga interés en hacerlo demasiado patente, sucede exactamente lo mismo). Creo que no tardaremos en encontrar gestores que pretenderán discutir en estos términos los *catálogos de prestaciones* de nuestros servicios públicos. Las compañías privadas de seguros ya han comenzado a aplicarlos.

Estos catálogos incluyen casi exclusivamente terapias manualizadas para diferentes trastornos, que pertenecen o a las estrategias de modificación de conducta, o a las cognitivo-conductuales, o a las de terapia interpersonal. Ello no es casual. Los conductistas siempre tuvieron inclinación a demostrar la eficacia de sus intervenciones (esto fue una de sus características distintivas con los psicoterapeutas de orientación dinámica). Los grupos de Beck y el Klerman, responsa-

[3] *Food and Drug Admistration* agencia de la admisnistración americana que fiscaliza y autoriza qué fármacos, y para qué indicaciones pueden ser utilizados en los Estados Unidos.

bles respectivamente de los desarrollos americanos de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia interpersonal, constituyeron la excepción a la práctica desaparición de los trabajos sobre psicoterapia de la las publicaciones de psiquiatría durante los años 80. Ambos trabajaron en primer lugar sobre depresión. El grupo de Beck desarrolló la Terapia Cognitiva de la Depresión (TCD), cuyo manual vio la luz en 1979 (Beck, Rush, Shaw, Emery 1979). El grupo de Klerman y Weissman desarrolló la Terapia Interpersonal de la Depresión (TIP) cuya versión manualizada se publicó en 1984 (Klerman, Rousanville, Chevron, Neu, Weissman 1984).

Las propuestas de estos dos grupos tenían unas características comunes que han conformado el modo en el que la psicoterapia reaparece en la consideración de los tratamientos de los trastornos mentales.

1) Ambos se presentan al colectivo profesional mostrando sus resultados según el modelo general del **ensayo clínico**
2) Ambas se definen como **tratamiento** de un trastorno definido (con lo que se hacen coherentes con la práctica médica en su acepción mas tradicional) y no en función de otros criterios (estructura de la personalidad, funciones yoicas, características del sistema familiar...) y, menos aún de otros valores como el autoconocimiento, el desarrollo personal...
3) Ambas se perfilan como una **destreza profesional** bien definida y para cuya adquisición existen procedimientos reglados.
4) Ambos conciben su utilidad como **complementaria con la de los tratamientos farmacológicos** y no como antagónica a estos.

Los trabajos de investigación mas importantes sobre eficacia de la psicoterapia, incluido el financiado por el Instituto Nacional de la Salud Mental americano sobre depresión (Elkin 1994, Elkin, Pilkonis, Docherty, Sotsky 1988; Elkin, Parloff, Hadley, Autry 1985;Elkin, Pilkonis, 1988; Elkin, Shea, Watkins, Imber, Sotsky, Collins, Glass. 1989), o los británicos sobre trastornos de la conducta alimentaria (Fairburn 1993, Fairburn, Jones, Pevler, Carr, Solomon, O'Connor, Burton, Hope 1991), se han llevado a cabo comparando estos dos tipos de intervenciones.

Las características que enumerábamos mas arriba han supuesto una indudable ventaja selectiva en un medio dominado por el re-

duccionismo biologicista. Pero contradicen las pruebas aportadas por la creciente investigación proceso-resultados, de que las categorías diagnósticas, tal y como son definidas por los sistemas de clasificación como el DSM o la CIE no son adecuados para guiar el trabajo psicoterapéutico (Fernandez liria 1997 y en prensa). Esto pone a los investigadores en psicoterapia en una posición difícil. No sólo deben demostrar la eficacia de las intervenciones que someten a prueba. Además tienen que criticar las líneas maestras sobre las que hoy se concibe la psicopatologia, y proponer sistemas alternativos. Todo ello bajo la presión de una poderosísima industria farmacéutica más que satisfecha con tales sistemas y la mirada vigilante de los gestores de los sistemas sanitarios. Nos obliga a participar en un debate general sobre la naturaleza de la salud y los trastornos mentales (Fernández Liria 1997, Fernández Liria, en prensa).

LA PSICOTERAPIA FRENTE A Y EN COMBINACIÓN CON LOS FÁRMACOS. LA ERA DE LOS TRATAMIENTOS INTEGRADOS

Beck y su grupo comienzan su primer manual (Beck, Rush, Shaw, Emery 1979) respondiendo a la pregunta de por qué proponer un tratamiento psicosocial para un trastorno para el que existen tratamientos –farmacológicos– de utilidad probada. Exponen tres razones. En primer lugar, según aseveran, aunque un 65% de los cuadros depresivos responden a la medicación antidepresiva queda un 35% de no respondientes (el porcentaje de respuesta a psicoterapia es semejante. Pero no hay porqué pensar que el grupo de no respondientes está en ambos casos compuesto por los mismos individuos). Tendría, pues sentido buscar una solución para el 35% restante. En segundo lugar hay quien no quiere tomar fármacos (o no los tolera). Por último el proceso psicoterapéutico constituye una experiencia de la que el sujeto puede sacar otros beneficios que pueden redundar en su capacidad de afrontar nuevas situaciones o síntomas prodrómicos en un futuro, evitando recidivas.

El argumento ha sido recientemente reformulado y aplicado en un editorial del *Current Opinion in Psychiatry* firmado por John Rush (1996) al que hacíamos referencia anteriormente, y en el que señala

que las tasas de **respuesta** obtenidas en el tratamiento de los trastornos afectivos están en torno a un sucinto 50% y las tasas de **remisión** (en los escasos estudios que proporcionan datos para poder evaluar este concepto) se sitúan en torno al 25%. Rush no se refiere a tasas de **recuperación** que incluyan medidas de recuperación de niveles previos de funcionamiento psicosocial o calidad de vida, que la experiencia clínica nos sugiere que deben ser aún peores.

Esta masa de pacientes no respondientes, o respondientes pero no recuperados, señala la ineludibilidad de los tratamientos combinados. Tanto el grupo de Beck (Beck, Rush, Shaw, Emery 1979) como el de Klerman y Weissman (Klerman, Rousanville, Chevron, Neu, Weissman 1984) propugnan los tratamientos combinados con fármacos antidepresivos, que indican exactamente en las condiciones en que está establecido, que cabe esperar mejor respuesta de los antidepresivos. En una perspectiva más psicoanalítica, Luborsky (1994) hace lo propio y da indicaciones para la combinación, y el manejo de los problemas que de ésta pudieran surgir.

Karasu, editor de la amplísima terapéutica publicada por la *American Psychiatric Association* y de alguno de los más originales, brillantes y divertidos textos sobre psicoterapia de los últimos años (1992) propuso en un modelo de indicación de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico (como posibilidades no excluyentes en base a la consideración de una serie de dimensiones (**cuadros 9** y **10**) (1990a y b). Estas mismas dimensiones podrían, según este autor orientar hacia el tipo de psicoterapia indicado (él considera las opciones psicodínámica, interpersonal y cognitivo-conductual). Karasu recomienda que los clínicos estén formados en alguna de las tres orientaciones psicoterapeuticas y conozcan los principios e indicaciones de las otras dos de modo que puedan utilizar la suya, o derivar para las otras solas, o en combinación con tratamiento farmacológico

La evidencia a favor de la superioridad de los tratamientos combinados, como señalaron en un trabajo completísimo Klerman y colaboradores (Klerman, Weissman, Markowitz, Glick, Wilner, Mason, Snear 1994), es metodológicamente difícil de obtener y requiere de grandes muestras para comparar cuatro o preferiblemente 6 grupos de pacientes. Por ello, aunque desde hace dos décadas, existen trabajos que apuntan tal superioridad (Klerman, Rousanville, Chevron, Neu, Weissman 1984, Blackburn, Bishop, Glen, Whaley, Chris-

tie 1981; Hollon, DeRubies, Evans. 1990; Covi, Lipman, Smith 1990; Frank, Kupfer, Levenson. 1990) han sido discutidos (Manning, Frances 1990) y están por dilucidar los mecanismos (adición, sinergia, facilitación) y condiciones en que se produce.

Klerman y colaboradores (Klerman, Weissman, Markowitz, Glick, Wilner, Mason, Snear 1994) señalaron como posibles mecanismos de acción de la combinación los siguientes: 1) la medicación puede facilitar el acceso psicoterapéutico, 2) La medicación puede mejorar las funciones yoicas que son requeridas para la participación en la psicoterapia, 3) la medicación puede facilitar la abreacción, 4) Los efectos positivos de la medicación pueden mejorar las expectativas, actitudes y estigmatización de los pacientes, 5) la psicoterapia puede facilitar la adherencia y adaptación al tratamiento farmacológico, 6) la psicoterapia puede constituir, en realidad, un abordaje rehabilitador complementario del tratamiento causal que proporcionaría la medicación.

De lo que no cabe duda es de que si la psicoterapia consiste en un proceso de adquisición de nuevos significados de los elementos que constituyen la realidad del sujeto, la mera aceptación de un tratamiento medicamentoso que pretende abordar una *enfermedad* donde había, por ejemplo, desesperación, culpa e impotencia (que se convierten así en síntomas de los que el sujeto es víctima en lugar de castigos de los que el sujeto es merecedor) supone una operación psicoterapéutica a la que cabe atribuir la altísima eficacia obtenida por el placebo[4]. En sus comentarios sobre el estudio sobre tratamiento de la depresión financiado por el Instituto Nacional de la Salud Mental americano, Irene Elkin se lamenta (1994) de la alta tasa de respuesta (y de remisión) obtenida por el placebo) que, dice, dificulta el tratamiento estadístico de los resultados. Lo que Irene Elkin debería preguntarse es qué elementos activos de las intervenciones psicoterapéuticas, se colaron en el manual de *manejo clínico* que acompañaba en ese estudio a la administración de la píldora placebo. De hecho muchas de las operaciones propias de las fases iniciales de la terapia interpersonal estaban presentes en ese manual.

---

[4] Nótese el gran parecido de esta operación con lo propiciado por los terapeutas interpersonales en las fases iniciales bajo los epígrafes *hacerse cargo de la depresión* y *otorgar al paciente el rol de enfermo.*

Klerman y colaboradores advierten también de los posibles efectos negativos de la combinación. Los posibles efectos negativos de la medicación sobre la psicoterapia se deberían a 1) efecto placebo de la medicación en presencia de la psicoterapia, 2) una reducción de los síntomas que conllevaría una reducción de la motivación para la psicoterapia y 3) un socavamiento de las defensas que propicia la sustitución de síntomas. Los posibles efectos negativos de la psicoterapia sobre la farmacoterapia podrían ser 1) aumentar innecesariamente el gasto 2) ser sintomáticamente disrruptiva y 3) dificultar la adaptación a la medicación. En cualquier caso Manning y Frances (1990) aunque, como ya hemos mencionado son sumamente cautos a la hora de valorar las evidencias a favor de la combinación existentes en la literatura, sí creen poder concluir que en ella no existe ningún indicio de que el resultado de la combinación pueda ser peor que el de cualquiera de ellos por separado.

Un dato importante es el relacionado con la capacidad de algunas de los criterios utilizados para la selección de las intervenciones terapéuticas para predecir la respuesta a los psicofármacos. Beitman y colaboradores, por ejemplo, encontraron que los estadíos del cambio de Prochaska eran un buen predictor de la respuesta de los pacientes con pánico al tratamiento con alprazolán. Los pacientes predispuestos a la acción respondían significativamente mejor que los precontempladores o contempladores (Beitman, Beck, Deuser, Carter, Davidson, Maddock 1994).

Muy recientemente se ha producido un conjunto de estudios que informan de diferencias a favor de la combinación de psicofármacos y psicoterapia frente a la administración aislada de cualquiera de ellos, mayores de las encontradas hasta la fecha (**referencias 19...**). El hallazgo de estas mayores diferencias se debe, probablemente, a la mayor selectividad con la que se han conseguido las muestras.

EL FUTURO DE LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA

A la vista de lo expuesto podemos aventurar algunas predicciones sobre el futuro de la práctica de la psicoterapia.

1. La psicoterapia será considerada como una forma eficaz de tratamiento de los trastornos mentales (y por tanto una habilidad básica de psiquiatras y psicólogos clínicos).

2. Esto supondrá que deberá someterse a los procedimientos para la validación de tratamientos en medicina.
3. Los actuales sistemas de clasificación y el concepto mismo de enfermedad o trastorno mental deberán ser revisados para posibilitar esta tarea.
4. Frente a los doctrinarismos de escuela se impondrán las concepciones ecléctico-integradoras, que permitirán ajustar el tipo de intervención a realizar a las características específicas de cada díada paciente-terapeuta.
5. Las intervenciones psicoterapéuticas se considerarán un componente de abordajes integrados que incluirán asimismo tratamientos farmacológicos y elementos de rehabilitación cuidados y apoyo.

CUADROS DE REFERENCIA

CUADRO 1:
REVISIONES META-ANALÍTICAS DE RESULTADOS CON DEPRESIÓN (tomado de Lambert y Bergin 1994)

Autores	diagnóstico/tratam	n1 estudios	magn. efecto
Dobson (1989)	depresión/ter cognit	10	2.15
Nietzel, Russel, Hemmings y Gretter (1987)	depresión unipolar	28	0.71
Quality Assurance Project (1983)	depresión	10	0.65
Robinson, Berman y Neimeyer (1990)	depresión	29	0.84
Steinbrueck, Maxwell y Howard (1983)	depresión	56	1.22

CUADRO 2:
REVISIONES META-ANALÍTICAS DE RESULTADOS CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD (Lambert y Bergin 1994)

Investigadores	diagnostico/tratam	n1 estudios	magn efecto
Allen, Hunter y Donohue (1989)	asiedad ante hablar en público	97	0.51
Christensen, Hadzi-Pavlovic, Andrews y Mattick (1987)	TOC/exposición	5	1.37
Clum (1989)	pánico, agorafobia/ terapia de conducta	283	70%
	no terapia	46	30%
Hyman, Feldman, Harris, Levin y Maloy (1989)	relajación	48	0.58
Jorm (1989)	ansiedad y neuroticimo	63	0.53
Mattick, Andrews, Hazdi-Pavlovic y Christersen (1990)	agorafofia vs lista de espera	51	1.62 0.02
Quality Assurance Project (1982)	agorafobia	25	1.2
Quality Assurance Project (1985a)	ansiedad	81	0.98
Quality Assurance Project (1985b)	TOC/exposición	38	1.34
Trull, Nietzel y Main (1988)	Agorafobia	19	2.10

CUADRO 3:
REVISIONES META-ANALÍTICAS DE RESULTADOS CON TRASTORNOS Y TÉCNICAS DIVERSOS (Lambert y Bergin 1994)

Ingestigadores	diagnóstico/tratam	n1 estudios	magn. efecto
Andrews y Harvey (1981)	neurosis	81	0.72
Andrews, Guitar y Howie (1990)	tartamudeo	29	1.30
Asay, Lambert, Chistersen y Beutler (1984)	demanda de varios centros de salud mental	8	0.82
Balestrieri, Williams y Wilkinson (1988)	misceláneo	11	0.22
Barker, Funk y Houston (1988)	misceláneo	17	1.25
Benton v Schroeder (1990)	esquizofrenia	23	0.70
Blanchard, Andrasik,	cefalea	35	40-80%
Ahles, Teders y O,Keefe (1980) Bowers y Clum (1988)	terapia de conducta	69	0.76
Christersen, Hazli-Pavlovic,	terapia de conducta	10	1.16
Andrews y Mattick (1987)	control	4	0.04
Crits-Cristoph (1992)	terapia dinámica breve	11	86% 50%
Dush, Hirt y Schroeder (1983)	modif. autoafirmación	69	0.74
Giblin, Sprenkle y Sheehan (1985)	terapia familiar	85	0.44
Hahlweg y Markman (1988)	t. de pareja conductista	17	0.95
	intervención premarital	7	0.79
Hazelrigg, Cooper y	terapia/interacción fam	7	0.45
Borduin (1987)	autocalificación	6	0.50
Hill (1987)	tratamiento paradójico	15	0.99
Holroyd (1990)	cefalea/biofeedback	22	47.3%
Laessle, Zoettle y Pirke (1987)	bulimia	9	1.14
Landman y Dawes (1982)	misceláneo	42	0.90
Lyons y Woods (1991)	ter. racional emotiva	70	0.98
Markus, Lange y	terapia de familia	10	0.70

Ingestigadores	diagnóstico/tratam	n1 estudios	magn. efecto
Pettigrew (1990) Miller y Berman (1983)	t. cognitivo-conductual	38	0.83
Nicholson y Bergman (1983)	neurosis	47	0.70
Prouf y De Martino (1986)	terapias de escuela	33	0.58
Quality Assurance Project (1984)	esquizofrenia	5	0.00
Shapiro y Shapiro (1982)	misceláneo	143	1.03
Shoham-Salomon y Rosental (1987)	tratamiento paradójico	10	0.42
Smith, Glass y Miller (1980)	misceláneo	475	0.85
Svartberg y Stiles (1980)	terapia dinámica breve	7	55%
	no tratamiento	7	45%
Wampler (1982)	comunicación marital	20	0.43
Weisz, Weiss, Alicke y Klotz (1987)	adolescentes	108	0.79

CUADRO 4:
RAZONES PARA EL DESARROLLO DEL MOVIMIENTO ECLÉCTICO-INTEGRADOR
Norcross y Arkowitz (1992)

1. El resultado equivalente de las diferentes terapias
2. Ninguno de los modelos es plenamente satisfactorio para todos los pacientes y todas las situaciones
3. La proliferación en el número de terapias específicas
4. La existencia de descripciones mas específicas y operativas de la práctica clínica (a través de los manuales y del uso de los sistemas audiovisuales de registro)
5. El creciente interés por las formas breves de intervención
6. La interacción entre profesionales de diferentes orientaciones en las clínicas dedicadas a trastornos específicos o en los centros públicos
7. Un conglomerado de factores políticos y socioeconómicos ligados a la crisis y la exigencia de eficiencia
8. La actuación de los grupos organizados y revistas a los que antes nos referíamos

CUADRO 5:
PORCENTAJE DE ECLÉCTICOS EN ESTUDIOS EN EEUU

Estudio	%	n	terapeutas
Jensen, Bergin & Graves (1990)	68	423	psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales y terapeutras de grupo y familia
Larson (1980)	65	398	psicoterapeutas
Garfield & Kurtz (1975)	55	855	psicólogos clínicos
Jayaratne (1978)	55	489	trab sociales clínicos
Watkins, López,	40	579	psicólogos *counselors*
Campbell & Himmell (1986) Norcross, Kirtland & Missar (1988)	38	710	psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales
Norcross, Prochaska & Gallagher (1989)	29	579	psicólogos clínicos

CUADRO 6:
AGRUPACIÓN DE FACTORES COMUNES ESTUDIADOS POR 50 AUTORES (Norcross 1992)

1. características del cliente (como espectativas, esperanza y confianza)
2. características del terapeuta (como favorecimiento de la esperanza y las espectativas, afecto, consideración y empatía)
3. procesos de cambio (catarsis, adquisición y práctica de nuevas conductas, provisión de explicaciones, introspección o toma de conciencia y aprendizaje emocional e interpersonal)
4. estructuras terapéuticas (técnicas o rituales, revisión del mundo interno y exploración de aspectos emocionales, adherencia a la teoría y encuadre sanador)
5. aspectos relacionales (alianza terapéutica)

CUADRO 7:
LISTADO DE FACTORES TERAPÉUTICOS COMUNES ENTRE LAS DIVERSAS TERAPIAS QUE SE HAN ASOCIADO CON RESULTADOS POSITIVOS (BERGIN Y GARFIELD 1994)

de apoyo	de aprendizaje	de acción
* catarsis	* consejo	* regulación de la conducta
* identificación con el terapeuta	* experiencia afectiva	* destreza cognitiva
* mitigamiento de la soledad	* asimilación de experiencias problemáticas	* estimulación a enfrentar miedos
* relación positiva	* cambio de las expectativas sobre eficacia personal	* asunción de riesgos
* tranquilización	* aprendizaje cognitivo	* esfuerzos de adiestramiento
* liberación de tensión	* experiencia emocional correctora	* modelado
* estructura	* exploración de las referencias internas	* confrontación con la realidad
* alianza terapéutica	* retroinformación	* experiencias con exito
* participación activa terapeuta/cliente	* introspección	* perlaboración
* experiencia del terapeuta	* razonamiento	
* calidez, respeto, empatía aceptación y autenticidad del terapeuta		
* confianza		

CUADRO 8:
CARACTERIZACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA: FACTORES TERAPÉUTICOS (FERNÁNDEZ LIRIA, HERNÁNDEZ MONSALVE, RODRÍGUEZ VEGA 1996

1. Aprendizaje de nuevas conductas o estrategias de afrontamiento (habilidades sociales, relajación...)
2. Modificación o corrección de cogniciones acerca del mundo o uno mismo o de mecanismos cognitivos
3. Reconocimiento o experiencia de emociones
4. Establecimiento de nexos entre emociones, experiencias internas y circunstancias externas
5. Experiencia emociuonal correctora en la relación con el terapeuta (incluye la aceptación empática)
6. Aprendizaje interpersonal (ponerse en el lugar del otro)
7. Sugestión
8. Modificación del entorno significativo del paciente (incluye reglas, estructuras, pautas disfuncionales...)

CUADRO 9:
INDICACIONES DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO. Karasu TB (40)

Variable	Indicación de tratamiento (a)	
	farmacológico	**psicoterapia**
criterios DSM-III- R de depresión mayor		
humor depresivo	signos vegetativos prominentes; alteración extrema o incontrolada	alteración media, leve o caracterológica
alteración del peso	importante	menos importante
alteración del sueño	despertar precoz	hipersomnia, pesadillas
agitación psicomotriz	hiperactividad o retardo	inquietud o sentimientos de enlentecimiento
fatiga o anergia	estupor depresivo	falta de motivación, abulia
baja autoestima o culpa	delirios o alucinaciones	autoinculpación, autorreproches
dificultades de concentración y pensamiento	descontrol del pensamiento, rumiaciones, incapacidad de concentración	distractibilidad, indecisión, cogniciones negativas
ideas de muerte o suicidio	episodios agudos incontrolados o planes suicidas (b)	sentimientos crónicos de desesperanza y desamparo (c)
Rasgos asociados	ataques de pánico o fobias, delirio paranoide, pseudodemencia síntomas o delirios somáticos	aislamiento social, miedo al fracaso o al rechazo, quejas somáticas o hipocondría
Historia familiar	carga genética (bi o unipolar)	no carga genética (distimia)
Factores predisponentes	otros trastornos (esquizofrenia, alcoholismo, anorexia...)	estresores psicosociales, pérdidas, cambios de estatus o rol
Trastornos de la personalidad	límite, histrionónico, obsesivo	dependiente, inadecuado, masoquista

(a) No son categorías excluyentes
(b) Puede requerirse, además, hospitalización
(c) la medicación puede ser también útil

CUADRO 10: VARIABLES SELECTIVAS Y NO SELECTIVAS PARA LA PSICOTERAPIA DE LA DEPRESIÓN. Karasu TB (40)

Variables no selectivas	Variables selectivas		
	Psicodínamica	Cognitiva	Interpersonal
Sentimientos de desesperanza uy desamparo apatía, dishedonia expectativas e ideales inalcanzables hipersomnia, pesadillas sentimientos de inquietud o enlentecimiento abulia y apatía culpa, baja autoestima distractibilidad, alteración del pensamiento deseos o intenciones de muerte aislamiento social, temor al fracaso o rechazo quejas somáticas o hipocondría	sentimiento crónico de vacío y minusvalía personal pérdidas o separaciones largas en la niñez conflictos en relacuiones pasadas (padres, compañeros sexuales...) capacidad de *insight* capacidad de modular la regresión acceso a sueños y fantasías poca necesidad de dirección entorno estable	Pensamientos claramente distorsionados acerca de sí mismo del mundo y del futuro pensamiento pragmático (lógico) insuficiencias reales (incluido fracaso en otras psicoterapias) necesidad de guía moderada o alta respuesta a entrenamiento conductual y autoayuda (alto grado de autocontrol)	Disputa reciente con conyuge u otro significativo Problemas sociales o de comunicación Transición o cambio reciente en la vida Reacción de duelo anormal Necesidad de guía modesta o moderada Respuesta a la manipulación ambiental (existe red social)

BIBLIOGRAFÍA

Alexander F. The dynamics of psychotherapy in light of learning theory. Am J Psychiatry 1963; 120: 440-448.

Blackburn IN, Bishop S, Glen AIM, Whaley LJ, Christie JE. The efficacy of cognitive therapy of depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. British Journal of Psychiatry 1981; 139: 181-189.

Beitman BD. The structure of individual psychotherapy. New York: Guilford Press, 1987.

Beitman BD. Beck NC, Deuser WE, Carter CS. Davidson JRT, Maddock RJ. Patient stage of change predicts outcome in a panic disorder medication tryal. Axiety 1994; 1: 64-6.9

Beutler LE. Eclectic psychotherapy: A systematic approach. New York: Pergamon 1983.

Bergin AE, Garfield SL. Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: John Wiley & Sons. 1994.

Covi L, Lipman RS, Smith JE. Group psychotherapy and pharmacotherapy of depression. Manning DW, Frances AJ. Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression. Washington: American Psychiatric Press 1990. 65-112.

Desviat M, Fernández Liria A, Mas Hesse J. Técnica y práctica psiquiátrica. En Desviat M (coord) Epistemología y práctica psiquiátrica. Madrid: AEN 1996.

Diéguez Porres M, Morales Hevia N, González Suárez N. Terapia interpersonal de la depresión: un modelo de psicoterapia para el sector público. En Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodriguez Vega B(coords). Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: AEN 1997.

Dollard J, Miller NE. Personality and psychotherapy. New York: McGraw-Hill, 1950 (trad cast: Personalidad y psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer 1977.)

Efran JS. Language, structure and change. New York: Norton 1990.

Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: An evaluation. Journal of Consulting Psychology 1952: 16: 319-324.

Fairburn CG. Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. En Klerman GL, Weissman MM. New aplications of interpersonal psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press.1993.

Fairburn CG, Jones R, Pevler RC, Carr SJ, Solomon RA, O´Connor ME, Burton J, Hope RA. Three psychological treatments for bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 1991; 48: 463-469.

Fernández Liria A. Investigación en psicoterapia (I): el pájaro Dodo en el umbral del siglo XXI. Psiquiatría Pública 1993; 5: 354-362.

Fernández Liria A. Investigación en psicoterapia (II): especificidad e integración. Psiquiatría Pública 1994; 6: 3-14.

Fernández Liria A. Diagnóstico y realidad. Psiquiatría Pública 1997; 9: 51-54.

Fernández Liria A. Algunas reflexiones sobre la práctica pública y la integración de las psicoterapias. Revista de Psicopatologia y Psicología Clínica 1999; 4: 203-213.

Fernández Liria A. concepto sustantivo y concepto pragmático de la enfermedad mental; implicaciones para la reflexión sobre la clínica. En prensa.

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer 2001.

Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodriguez Vega B(coords). Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: AEN 1997.

Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodriguezs Vega B, Benito Cano T, Mas Hesse J. Teoría y práctica de la psicoterapia en la atención pública a la salud mental: resultados de un grupo de consenso. En Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodriguez Vega B(coords). Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: AEN 1997. 143-162.

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La perspectiva integradora en psicoterapia: una reflexión desde la práctica pública. en Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodriguez Vega B(coords). Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: AEN 1997. 13-141.

Fernández Liria A, Rodrígez Vega B, Dieguez Porres M, González Suárez N, Morales Hevia N. La terapia interpersonal de la depresión y las psicoterapias en el fin del milenio. Revista de la Asociación Española de neuropsiquiatría 1997; 17: 627-648.

Frank E, Kupfer DI, Levenson J. Continuation treatment for unipolar depression. The case for combined treatment. Manning DW, Frances AJ. Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression. Washington: American Psychiatric Press 1990. 133-150.

Frank JD. Persuasion and Healing. Baltimore: John Hopkins University Press, 1961.

Garfield SL. Research on client variables in psychotherapy. In Bergin AE, Garfield SL. Handbook of psychotherapy and behavior change IVth edition. New York: Wiley 1994: 190-228.

Gill MM. Psychoalalysis in transition. New York: Basic Books. 1994.

Gonsalves O. Cognitive narrative psychotherapy: the hermeneutic construction of alternative neanings. Journal of Cognitive Psychotherapy 1994; 8 (2): 105-125.

Greenberg LE, Rice L, Elliot R. Preocess-experiential therapy: facilitating emotional change. New York: Gilford 1993.

Guidano V. Psicoterapia: aspectos metodológicos, cuestiones clínicas y problemas abiertos desde una perspectiva postracionalista. Revista de psicología 1999; 10 (37): 97-108.

Hoffmann L. Fundamentos de la terapia familiar. Fondo de Cultura Económica. 1987.

Hoffman L. Constructing realities: An ars of lenses. Fam Process 1990; 29: 2-12.

Hollon SD, DeRubies RJ, Evans MD. Combined cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depression. Manning DW, Frances AJ. Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression. Washington: American Psychiatric Press 1990. 35-64.

Horowitz MJ: Introduction to psychodinamics, a new synthesis. London: Routledge, 1988.

Horowitz MJ. Formulation as a basis for planning psychotherapy treatment. Washington: American Psychiatric Press 1997.

Horowitz MJ, Marmar C, Krupnick J et al: Personality styles and brief psychotherapy. New York: Basic Books, 1984.

Karasu TB. Wisdom in the practice of psychotherapy.New York: Basic Books 1992.

Karasu TB. Toward a clinical model of psychotherapy for depresion, I: Systematic comparison of three psychotherapies. Am J Psychiatry 1990; 147: 133-147.

Karasu TB. Toward a clinical model of psychotherapy for depresion, II: An integrative and selective treatment approach. Am J Psychiatry 1990; 147: 269-278.

Lambert MJ, Bergin AE. The effectiviness of psychotherapy. En Bergin AE, Garfield SL. Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley, 1994.

Lazarus AA. The practice of multimodal therapy: systematic, compehensive and effective psychotherapy. New York: Mc-Graw Hill, 1981.

Lazarus AA. Multimodal Therapy: Technical eclecticism with minimal integration. En Norcross JC y Goldfried MR. Psychotherapy integration. New York: Basic Books 1992. 231-263.

Linares JL. Identidad y narrativa. Barcelona: Paidós, 1996.

Luborsky L. Principles of psychoanalitic psychotherapy; a manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books, 1984.

Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapy. Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? Archives of General Psychiatry 1975; 32: 995-1007.

Manning DW, Frances AJ. Combined therapy for depression: critical review of the literature. en Manning DW, Frances AJ. Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression. Washington: American Psychiatric Press 1990. 1-34.

McNamee S, Gergen KJ. Therapy as social construction. London: Sage 1992 (Tad cast: La terapia como construcción social. Barcelona: Paidos).

Norcross JC, Arkowitz H. the evolution and current status of psychotherapy integration. In Dryden W. Integrative and eclectic therapy. A handbook. Buckingham: Plenum, 1992.

Prochaska JO. Systems of psychotherapy: a trastheoretical analysis. Homewood, Ill: Dorsey, 1984.

Prochaska JO, Di Clemente CC. The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy. Homewood: Dow Jones-Irrwin 1984.

Rush AJ. Editorial comment: Assesing outcome in practice: a paradigm sjift? Current Opinion in Psychiatry 1996; 9: 1-2.

Ryle A. Cognitive-analytic therapy: active participatión in change: a new integration in brief psychotherapy. Chichester; John Wiley. 1990.

Ryle A (ed) Cognitive analytic therapy; developments in theory and practice. Chichester: Wiley 1995.

Ryle A. The practice of CAT. En Ryle A (ed) Cognitive analytic therapy; developments in theory and practice. Chichester: Wiley 1995.

Ryle A, Cowmeadow P. Cognitive-analytic therapy. in Dryden W (ed) Integrative and eclectic therapy: a handbook. Buckingham: Open University Press, 1992.

Schafer R. A New language for psychoanalysis. New Haven: Yale University Press. 1976.

Schafer R. The analytic attitude. New York. Basic Books. 1983.

Sluzki CE. Transformations: A bluepoint for narrative changes in therapy. Family Process 1992; 217-223.

Spence D. Narrative truth and historical truth. New York. Norton 1982.

Weissman MM, Klerman GL. Interpersonal psychotherapy and its derivates in the treatment of depression. En Manning DW, Frances AJ. Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression. Washington: American Psychiatric Press 1990. 113-132.

White M, Epson D. Narrative means to therapeutic ends. New York: Norton. 1990 (trad cast: medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidos 1993).

Wachtel PL Psychoanalysis and behaviour therapy; towards an integration. New York: Basic Books, 1977.

Wachtel PL. Action and insight. New York: Guilford, 1987.

Wachtel PL. Therapeutic Comunication; principles and effective practice. New York: Guilford 1993.

Wachtel PL Psychoanalysis, behaviour therapy; and the relational world. Washington: American Psychological Association 1997.

PEDRO FERNÁNDEZ VILLALMARZO

LA PSICOTERAPIA DE AYER, HOY Y MAÑANA EN ESTA ENCRUCIJADA DE SIGLOS

PREÁMBULO

A) **Referencia histórica y adaptación específica** de este tema al de la célebre Mesa-Redonda de catedráticos europeos de Psicología de La Sorbona de Paris en 1980

- Referente histórico:

  "La psicología de ayer, hoy y mañana" (título concreto de la conferencia de nuestro Mariano Yela, sobre el tema genérico de la Mesa sobre "El porvenir de la Psicología")

- Adaptación específica:

  "La psicoterapia de ayer, hoy y mañana" (título de mi comunicación específica, sobre la base del *Quo vadis, Psicoterapia*? de mi reciente conferencia en la UPSA en 1998)
  "En este momento en que el fin de siglo parece implicar el cambio a una civilización nueva, donde la –misma– ciencia tiene miedo de sus propios éxitos –tecnológicos–, he querido invitar a unos amigos catedráticos de psicología –dice Paul Fraisse, catedrático de La Sorbona– a que nos expongan sus opiniones, o sus fantasías, sobre la psicología del futuro o quizá de mañana mismo" (P. Fraisse. 1982, p. 27)

B) Pero el **método histórico-crítico** exige siempre **partir del pasado** ("Epistemología Genética" de Jean Piaget) para mejor conocer el **presente** y el **futuro** de cualquier fenómeno histórico y, más concretamente, de cualquier disciplina científica.

"El continuo devenir de toda ciencia –dice Jean Piaget "La Logique de la Connaissance Scientifique" de 1967– nos lleva a insistir en la importancia de los métodos histórico-críticos y genéticos en epistemología, y ello es de tal forma así que podemos definir la epistemología como el estudio del paso de una ciencia de un estado de menor conocimiento a otro estado de un conocimiento cada vez más avanzado" (J. Piaget, 1967, p. 7).

Nada más lejos, pues, de los planteamientos de la llamada "condición posmoderna" (J.-F. Lyotard, 1979) para la que la Historia:

- "no es ya más que un montón de añicos", según Lyotard (en: J. L. Pinillos, 1998, p. 240)

EXPOSICIÓN

Problemática de la psicoterapia de ayer, afanes de la de hoy, y reto de la del mañana

A) Problemática de la psicoterapia de ayer (1895-1970)

- Después de la **fundacional hegemonía del paradigma psicoanalítico** (1895-1950)

  "S. Freud y su obra han dominado gran parte de la tradición psicoterapéutica, especialmente durante los primeros cincuenta años del siglo –dicen Lynn y Garske en su monumental obra de 1988–. En este sentido –continúan estos autores– Freud fue un verdadero pionero de la psicoterapia como lo fuera Newton en la física y Darwin en la biología" (S. J. Lynn J. P. Garske, 1988, p. 39)

- Radicalidad del **"choque paradigmático"** entre Psicoterapias **Académicas –Dinámicas–** y, posteriormente, **Humanistas** (a partir del provocante artículo de Eysenck de 1952 –para las terapias academicistas– sobre "La evaluación de los efectos de la psicoterapia" y, anteriormente, del libro de Pritz Perls, "Yo, hambre y agresión" en 1947 –para las humanistas–)

"El psicoanálisis freudiano era asimismo rechazado en bloque tanto por las corrientes academicistas como por las humanistas –dice el Prof. Carmelo Monedero en su Historia de la Psicoterapia– al considerarlo de poco científico o de demasiado instintivista, según los casos" (C. Monedero y cols., 1982, vol. 1, p. 25)

B) Afanes de la psicoterapia de hoy (1970-2000)

- **Gradual superación** de los primitivos posicionamientos **del inicial "choque paradigmático":** a partir del mutuo acercamiento entre los tres grandes paradigmas **psicoterapéuticos**: "académicos" (Aaron Beck, 1976), "dinámicas" (Otto Kernberg, 1977) y "humanistas" (A. H. Maslow, 1971)

  "Tanto los iniciales planteamientos psicoanalíticos, como los de las *psicoterapias académicas* y los de las *corrientes humanistas*, habrían pronto de comenzar a generar investigaciones y subcorrientes de posicionamientos intermedios y, consiguientemente, más dialogantes entre sí" (P. F.-Villamarzo, 1998, p. 30)

- **Arriesgada, pero esperanzadora, irrupción** de las nuevas **corrientes integradoras**: encuadrado institucionalmente en 1983 a partir de la creación de la **SEPI** ("Sociedad para la Exploración de la Psicoterapia Integradora")

  "Indudablemente este es un periodo muy fructífero donde más trabajos se están publicando. Y el hecho de que este movimiento tenga un soporte institucional como es la SEPI, así como un órgano de expresión como es el *Journal of Psychotherapy Integration*, hace que este sea un momento histórico para el avance de la psicoterapia en general" (C. Miralpeix y José Luis González de Rivera, 1998, p.)

C) Doble reto de la psicoterapia de principios del nuevo siglo: caída en el "eclecticismo ateórico" del "todo vale" de la postmodernidad (Paul Wachtel, 1994) y el reduccionismo hacia una psicoterapia "puramente tecnologizante" con el consiguiente riesgo deshumanizador de la función terapéutica (Mario Schlegel, 1996) (A partir del 2001)

- Riesgo de **deriva epistemológica**, desde un posible **integracionismo teórico-técnico** de eventual carácter supraparadigmático, hacia un **eclecticismo ateórico** con su consiguiente inoperancia terapéutica

  "Una de las cuestiones que los estudiantes preguntan más frecuentemente cuando se les habla de la idea de integración en psicoterapia es la de cómo pasar de una modalidad terapéutica a otra. No se imaginan cómo se puede pasar coherentemente desde, por ejemplo, desde un enfoque psicodinámico de exploración clínica a un modo conductual de intervención (o viceversa), sin caer en un confusionismo y en una cierta inoperancia terapéutica" (P. Wachtel, 1994, p. 45)

- Riesgo de una **excesiva tecnologización** de los procedimientos terapéuticos, en perjuicio de una concepción más integral, humanista y de cambio estructural de la función terapéutica (recuérdese el paradigma de la "intersubjetividad" de R. D. Stolorow, 1967)

  "Respecto a los objetivos neohumanistas, la –verdadera– psicoterapia debería principalmente: promover una percepción mejor del mundo interno y externo, fomentar una emancipación liberadora de estructuras y procesos malsanos (tanto internos como externos), así como una mejora de las potencialidades básicas del individuo" (Rof Edelmann, 1996, p. 88: "De una concepción postmoderna de la enfermedad a un enfoque neohumanista de la salud")

CONCLUSIÓN

Integración de antinomias paradigmáticas en la conceptualización y praxis de la psicoterapia del siglo XXI

"La Psicoterapia del siglo XXI, que a vosotros corresponderá ejercer de pleno, debería integrar de una forma verdaderamente unitaria –en mi personal opinión– las cuatro principales vertientes antagónicas entre las que durante este final de siglo se ha venido es-

térilmente debatiendo la Psicología de nuestro tiempo: 1) la vertiente "teórica vs. la práctica", 2) "La técnica vs. la humanista", 3) "La profesional vs. la vocacional", y 4) "la individual vs. la social". Una verdadera función psicológica, efectivamente, no tiene por qué optar por una sola de ambas vertientes antinómicas, sino más bien mantener dialécticamente la adecuada integración de ambos extremos polares" (P. F.-Villamarzo, 1998, p. 3)

BIBLIOGRAFÍA

EDELMANN, R.: *Les Objectifs de la Psychothérapie au pasage du postmodernisme à un néo-humanisme.* Rev. Psychotherapie Forum (supplement), 4, (2), 87-89, 1996

EYSENCK, H.J.: *The effects of Psychoterapy: An evaluation.* Rev. Journal of Consulting Psychology, 16, 319-324, 1952

FRAISSE, P.: *El porvenir de la Psicología* (*Psychologie de Demain,* 1982), trad. esp. Madrid, Morata, 1985.

KERNBERG, O.: *La Teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico* (*Objet Relations Theory And Clinical Psychoanalisys,* 1977), Paidós, México, 1993.

LINN, S.J. y GARSKE, J.P.: *Psicoterapias contemporáneas* (*Contemporary Psychoterapies*), ed, Desclée de Brouwer, Bilbao, 1988

LYOTARD, J.F.: *Le condition postmoderne,* Éditions de Minuit, París 1983; trad. esp. Ed.Gedisa, Barcelona, 1988, en: PINILLOS, J.L.: *El corazón del laberinto. Crónica del fin de una época,* ed. Espasa-Calpe (Espasa Forum), Madrid, 1997.

MASLOW, A.H.: *Hacia una biología humanista.* En: *La personalidad creadora* (*The Farther reaches of Human Nature,* 1971), ed. Kairós, Barcelona, 1982.

MIRAPEIX, C. y GONZALEZ DE RIVERA, J.L.: *Revisión histórica de los modelos de integración en Psicoterapia,* Rev. Psiquis. Madrid, 1988.

MONEDERO, C.: *Historia de la psicoterapia,* ed. UNED, Madrid, 1982.

PIAGET, J. Y COLS.: *Tratado de lógica y conocimiento científico* (*Logique et connaissance scientifique,* 1967), trad. esp. Buenos Aires, Paidós, 7 vols., 1979.

PERLS, F.S.: *Yo, hambre y agresión,* (*Ego, Hunter and Agresión,* 1947) ed. Fondo de Cultura económica, México, 1969.

SCHLEGEL. M.: *De la querrelle entre écoles aux tentatives de marginalisation?,* Psychotherapie Forum, suplement, vol. 4, n.º 2, 74-76, 1996.

STOROLOW, R.-D. y otros: *Psychoanalytic Treatment. An Intersubjetive Approach.* Nueva York, Anallytic Press, 1987.

VILLAMARZO, P.F.: *¿Quo vadis psicoterapia?*,en: *Temas de Psicología (VI)*, Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca, Salamanca, 1998.

WACHTEL, P.L.: *La comunicación terapéutica. Principios y práctica eficaz* (therapeutic communication. *Principles and effective Practice,* 1993), ed, Desclée de Brouwer, Bilbao, 1996

YELA, M.: *La psicología ayer, hoy y mañana,* en: FRAISSE, P.: *El porvenir de la Psicología* (*Psychologie de Demain,* 1982), trad. esp. Madrid, Morata, 1985. pp. 12-25

TEODORO HERRANZ CASTILLO

Psicoterapeuta

LA FORMULACIÓN DE UN DESEO DESDE UNA POSICIÓN DE ENCUENTRO

1. ¿QUÉ ES EL PSICODRAMA?

Bajo está pregunta J. A. Ramírez (1997) nos dice:

> "El psicodrama, creado por el doctor Jacob L. Moreno es una modalidad educativa práctica; es además una forma de promover, encauzar y desarrollar el crecimiento personal. Finalmente es un método terapéutico aplicable a niños jóvenes y adultos, normales y anormales". En esta reflexión, vamos a centrarnos en el psicodrama como método terapéutico, como instrumento capaz de producir cambios en las personas aquejadas de sufrimiento mental.

2. ¿QUÉ COMPONENTES DEL PSICODRAMA SE CONSIDERA QUE DESENCADENAN LOS CAMBIOS EN LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL?

Creo que podríamos sintetizarlos en los siguientes:

a) La acción, el psicodrama es una técnica que implica al sujeto en su dimensión corporal, cognitiva, y emocional, a través de la acción. El Psicodrama como nos recuerda D. Bustos es una técnica de acción y es global porque obliga a que el sujeto se muestre.
b) La evocación de situaciones emocionalmente dolorosas para el sujeto, que viene a través de la representación. Lo que supone dotar de una dimensión evolutiva a los conflictos.

c) El poder terapéutico del grupo. Moreno consideraba que el origen de los trastornos emocionales era social por lo que el grupo se convierte en sí mismo en un agente de cura o de cambio.
d) La Catarsis de integración, como alternativa al insight, con el convencimiento de que la catarsis implica el insight de la mano de la espontaneidad (Menegazzo, C. M; Tomasini, M. A. Zuretti, M. M. 1992) consideran que la catarsis recoge tres momentos imbricados el uno con el otro. Un momento intelectual o simbólico, conlleva construir una comprensión de la situación, un momento emocional como conciencia emocional, y un momento axiológico porque surge un nuevo valor que se convierte en una nueva conducta y en nuevo modo de relacionarse.

Hay una cita (Ramírez 1997) de Moreno donde el concepto de catarsis a mi entender incluye un factor que le es propio, textualmente dice:

> "En el tratamiento de pacientes psicóticos el psicodrama ha alcanzado un éxito sorprendente debido a la *Catarsis del amor* una catarsis originada en el encuentro de copacientes " (en Greenberg, Active Psychotherapies, pág 137-138).

Aunque está de algún modo implícito en la utilización del grupo, creo que este modo de plantear el psicodrama nos remite a las cualidades afectivas que se van a manejar en el tratamiento, a la ideología de la que surge el trabajo de Moreno y a una de los grandes debates irresolubles en la historia de la psicoterapia como es la preparación emocional del terapeuta.

3. ¿QUÉ TEORÍA SOSTIENE LA PRÁCTICA PSICODRAMÁTICA?

En un trabajo reciente Perrazo, S (pp) se plantea la pregunta de qué psicodrama hablamos y qué teoría lo sostiene, apunta una de las grandes dificultades de los psicodramatistas, nos reconocemos como tales por la práctica que realizamos, pero el lenguaje que utilizamos

para explicar lo que hacemos dista mucho de ser homogéneo y compartido. En un trabajo anterior Herranz (1999) formule la necesidad de un desarrollo moreniano del psicodrama y un desarrollo heterodoxo del psicodrama, pero como condición imprescindible hay que explicitar los presupuestos teóricos de los que partimos.

Recojo aquí aquellos elementos que Perrazo considera como presupuestos teóricos originales de la teoría de Moreno, y que organiza en tres categorías:

a) El núcleo antropológico.
b) El nivel de Relación.
c) La pragmática.

En el aspecto antropológico nos encontramos con el "binomio" espontaneidad-creatividad (...) que va unido a la noción de tele, que supone un movimiento relacional permanente, en el que están claramente presente elementos co-conscientes y co-inconscientes como parte obligada de la relación.

El segundo componente considera al hombre como grupo-sujeto, el hombre no existe al margen de la relación., es una entidad aislada.

El tercer elemento la pragmática se concretaría en la teoría de los papeles.

Quizás se puedan considerar otros, yo no me siento capaz de decirlo, pero sí me parece necesario que se diga que presupuestos utilizamos. Si nuestra comprensión de la práctica psicodramática se realiza desde estos presupuestos o añadimos, quitamos, traducimos, (...) Pero hay una frase que cito textualmente porque entiendo recoge un aspecto esencial.

> "El psicodrama es un proceso de co-creacion colectiva (...) teniendo por funtamento inicial la espontaneidad y la creatividad del individuo, intentando sorprenderles de un modo dinámico."
>
> Perrazo, S (pp).

4. ¿HAY ALGUNA DIFERENCIA SI USAMOS DISTINTAS TEORÍAS PARA ENTENDER LA PRÁCTICA PSICODRAMÁTICA?

Contestar con un no a esta pregunta sería convertir el psicodrama en una técnica, y donde lo único que podemos hacer es repetir-

la y comprobar sus efectos, pero eliminaría cualquier posibilidad de avance.

La otra posición sería hacer una revisión sistemática de la teoría a la luz de los resultados que genera en la práctica, y en segundo lugar viendo la coherencia intra-teórica. Cuando afirmo que la teoría tiene que ser evaluada, no estoy abogando por la objetividad sino todo lo contrario, creo que es inevitable y encomiable la subjetividad, pero un modelo teórico tan solo progresa en mi opinión si como lo formula Millon (1995) junto a los constructos teóricos, se incluye una taxonomía de sucesos, en este caso que afectan la salud mental de las personas, un modo de evaluar el resultado y las estrategias terapéuticas específicas que se derivan de las mismas.

Luego podemos aceptar el uso de técnicas complementarias a las propiamente psicodramáticas que nos permitan ver la consistencia interna de nuestro modelo, y nos señalen los aspectos a cuestionarnos, las ausencias y por otra parte evaluar los resultados de nuestro trabajo.

En relación a la búsqueda de la coherencia Monteiro M (2000) propone la deconstrucción como modo de analizar las incongruencias intra-textuales o intra-teóricas, de tal manera que la relación teoría- técnica pueda ser revisada y enriquecida desde las posteriores reconstrucciones que vayamos realizando. El otro problema creo que es compartido por todos los modos de hacer psicoterapia, no es fácil evaluar de un modo experimental los resultados de la psicoterapia, no es fácil ponernos de acuerdo en las metas que buscamos ni en el instrumento de medida del mismo. Pero creo que los psicodramatistas no podemos renunciar a intentarlo, la renuncia podría llevarnos a caer en cierto dogmatismo y lo que sería peor a quedarnos al margen de los movimientos actuales de la psicoterapia.

5. POSMODERNISMO Y REVITALIZACIÓN DEL PSICODRAMA

Blatner, A. (2000) hace una análisis de las consecuencias que el pensamiento posmoderno supone para la psicoterapia y nos permite comprobar como el psicodrama comparte los presupuestos esenciales del pensamiento posmoderno.

El pensamiento posmoderno, insiste en el rechazo de verdades universales, y donde la verdad pasa a ser un conjunto de opiniones

ampliamente compartidas (Botella, L; Pacheco, M; Herrero, O, 1999). En el análisis que Blatner partiendo de un posicionamiento inicial: " Yo propongo (...) un cambio en la condición de co-creador, tomando la visión pos-modernista más amplia como una referencia para asumir, la responsabilidad en la construcción de un modelo del mundo que se considere deseable", tras lo cual sintetiza en ocho los aspectos del pensamiento posmoderno para la psicoterapia.

1. Transformar la creatividad en valor central, que se concretaría en valorar lo espontáneo y lo proactivo.
2. Ayudar a los clientes a construir una mitología personal, que se concretaría en potenciar que los personas puedan resignificar sus vidas frente a los obstáculos.
3. Ayudar a los clientes a desenvolverse con una perspectiva transpersonal, que se concretaría en ayudar a los pacientes a sentirse en resonancia con la dinámica psicosocial.
4. Ayudar a las personas a desarrollar una visión plural de sus propias mentes y almas, que supone la utilización de la metáfora del self múltiple.
5. Ayudar a las personas a desarrollar una mayor conciencia multicultural que se concreta en la ampliación de la conciencia respecto de las normas y experiencias de las personas de otro género, orientación sexual, nivel de capacidad, cultura, etc...
6. Utilizar en el tratamiento un abordaje ecléctico, que se concretaría en realizar diferentes modos de trabajar con diferentes personas, y donde las características particulares de las personas sean consideradas más importantes para el pronostico que el propio diagnóstico.
7. Ayudar a los pacientes a desenvolver su capacidad de metacognición o sea de pensar al respecto del pensamiento.
8. Y por último desarrollar la flexibilidad mental, nos dice Blatner que es importante en el mundo actual, incrementar la capacidad de cambiar de punto de vista, y añade el mejor método que conozco es un juego de papeles en el cual se propone que los clientes, alumnos o miembros de un grupo cambien periódicamente de papel.

Cuando dije que los supuestos de este pensamiento coinciden con la filosofía del psicodrama, estaba pensando en la ideas de so-

ciometría y de encuentro, tan queridas para el psicodrama y sirvan dos citas para mostrarlo, la primera es de Moreno (1976):

> "La idea del procedimiento sociométrico se me ocurrió de una manera natural durante la primera guerra mundial. Ví a una comunidad de personas individualmente bien intencionadas convertirse en un manicomio y traté de encontrar para ellos un remedio médico-sociológico (...) La idea de un Encuentro primario cara a cara, me pareció superior al Encuentro secundario entre el lector y yo mismo, reducido a un libro. Destruí el libro que acababa de escribir y escribí uno nuevo cuyo tema principal era el concepto de encuentro".

La segunda es de Dalmiro Bustos (1985):

> "Todo procedimiento terapéutico debe operar desde esa alternativa inclusiva, aún cuando estratégica y circunstancialmente debe enfatizar uno de los aspectos biológico, social, psicológico. Esta parcialización es válida solo desde y hacia lo existencial".

6. MOVIMIENTO ACTUAL DE LA PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA

> (Son muchos los autores que leemos, pero pocos los que entran en nuestro universo profesional, (...) el autor funciona como un alter-ego, y no será exagerado decir que cuando nos gusta un autor, nos gustamos nosotros mismos. Fonseca, J. 1999)

En un reciente trabajo del profesor Villamarzo (1998) se plantea a través del titulo de su trabajo "quo vadis psicoterapia", hacía donde vamos en el momento actual en este ámbito de conocimiento y trabajo. Su respuesta coincidente con un movimiento organizado en torno a la Sociedad para la exploración de la psicoterapia Integradora, es hacia la integración, y entre los factores que contribuyen al movimiento integrador entresaco uno: el paradigma de la intersubjetividad, y añade:

> "Para hablar de intersubjetividad en psicoterapia en general es lo mismo que referirnos a ese vínculo circular que conforma la base misma interactiva (...) no se puede concebir, en efecto, tipo alguno de ayuda terapéutica, individual o grupal, en el que el factor "interactivo" e "interrelacional" en último termino intersubjetivo, no ocupe un papel preponderante en la comprensión del problema

> del paciente y en la consiguiente obtención del cambio humano que, según el modelo paradigmático del que se parta se halla siempre en el punto de mira de todo programa psicoterapéutico"

Para continuar diciendo:

> "A partir de este momento, pues, el objetivo de la psicoterapia en cualquiera de sus modalidades, cambia radicalmente de interés: no se trata ya principalmente de modificar directamente el comportamiento (conductismo clásico) ni de combatir ideas erróneas del paciente (cognitivismo radical), tampoco de modificar simplemente las pautas de relación o de mensajes interaccionales (terapias sistémicas al uso) y por supuesto ni siquiera se trata de profundizar interminablemente en la situación infantil (psicoanálisis arqueológico) si no de ayudar **a deconstruir la comprensión y consiguiente narrativa** relacional patológica que este tiene de sí mismo, y de los demás y **de reconstruir una narración alternativa** de su historia personal y relacional más liberadora y menos conflictiva.

Si nos detenemos en el paradigma de la intersubjetividad y el hecho del movimiento integrador, y los vemos desde el quehacer Psicodramático podemos comprobar como en algunos casos a mi entender desde su origen el psicodrama se ha situado en una posición de intersubjetividad y en su propia filosofía se da una posición integradora, no en vano la idea de encuentro supone un pensamiento existencialmente integrador, recordemos con Dalmiro Bustos que quitar al psicodrama su dimensión existencial es desvirtuarlo.

La subjetividad del psicodrama está desde la aceptación que todo conocimiento sobre el otro es inseparable de un vínculo con el otro. La sesión psicodramática es una co-creación, en su análisis teórico nos dice Perazzo (1994)

> "La escena dramática no pasa de la objetivación actuada de la subjetividad, es imposible que no se participe de algún modo en su construcción.(...) Desde este punto de vista, la escena dramática no puede estar desvinculada del concepto de co-creación".

Para pasar a utilizar un término tan de moda como el de co-construcción:

> "la concepción del psicodrama como teatro terapéutico (...) establece la creación colectiva como su base en la que concurren el

protagonista, el director, los yoes auxiliares y el escenario, en proporciones variables en cada momento del desarrollo de la dramatización, una co-construcción de múltiples subjetividades implicadas de forma aparente en el mismo proyecto dramático". (...)

Y continua afirmando:

"Si imaginamos que el mismo protagonista en un mismo momento estuviese delante de psicodramatistas diferentes podrían ser montadas escenas diferentes o escenas semejantes, a partir del mismo contenido del discurso (...) No hay una objetividad capaz de constituirse en centro del alma inmaculada del protagonista (...) la única posibilidad es co-crear dentro de un mismo proyecto Psicodramático. "En el pensamiento de Perrazo, queda patente que el resultado de la dramatización es el resultado de la confluencia de dos proyectos dramáticos que se imbrican a su vez en dos planos que de forma permanente coinciden en la actividad dramática. Uno de los componentes del proyecto dramático es la relación paciente-terapeuta que está desde el inicio del tratamiento por la asignación de los roles sociales, el segundo componente surge en la dramatización donde confluyen los elementos conscientes y no conscientes del protagonista y el director Psicodramático.

7. QUE HACEMOS CUANDO HACEMOS PSICODRAMA

"Cuando el sufrimiento humano pasa de cierto nivel, además de nuestra capacidad de dar respuestas constructivas, se instala la versión trágica. La tragedia se resuelve por dos caminos la locura o la muerte. El drama es un genero teatral que va de la tristeza a lo cómico que incluye una gran variedad de finales desde los venturosos hasta los desgraciados. El objetivo del psicodramatista es el de transformar las versiones trágicas en dramáticas, evitando resoluciones trágicas y privilegiando el encuentro con nuevos caminos". D. Bustos (1998)

Hacer psicodrama es ponerse en una disposición interna que va de una filosofía de encentro a una práctica clínica.

"En psicodrama no se habla del otro se es el otro" Desde esta posición se diseña un procedimiento que pretende dramatizar, llevar lo trágico a la dramático a través de la representación, donde el su-

jeto tengo la opción de modificar su comprensión de la situación, de si mismo y de su existencia.

Las técnicas son herramientas auxiliares, nunca sustitutorias de la relación humana que permite la entrega y el desempeño de nuevos papeles.

Desde este punto inicial el recorrido del psicodrama actual considero, en la línea que nos apunta Sergio Perazzo, que se nos abre en dos líneas como potenciales desarrollos morenianos y una tercera que supondría una vía alternativa, como sería la incorporación del psicodrama en una literatura diferente como sucedió con el psicodrama analítico, escuela francesa Didier Anzieu, René Diatkine, Michel Basquin (Amar N, Bayle G, Salem I 1988)

En primer lugar tenemos el primer psicodrama, que podríamos definir como el teatro de la improvisación donde solo el hecho de crear cura, la creatividad pasa a ser el rival del sufrimiento, este modo de pensar hace que nos encontremos en el mundo psicodramático con conceptos como teatro de la resignificación, retramatrización (Liberman 1998). La multiplicación dramática, una posición constructivista de utilizar la acción dramática (Herranz 1999) juegos psicodramáticos.

El segundo concepto de Moreno sería el de la "realidad surplus" el suplemento no real que acompaña cualquier acto de nuestra vida, y que nos permite incidir en el trabajo con la fantasía, lo que nos lleva al estudio de lo imaginario, que ha permitido desarrollos como la psicoterapia de la relación Fonseca Filho, el psicodrama Bipersonal D Bustos, Rosa Cukier, Herranz.

A mi entender sin dejar de creer como nos dice D Bustos (1997)

> "Que las personas están en grupos que los grupos están constituidos por personas que se relacionan por medio de vínculos que entran en contacto a través de papeles y que los papeles y los vínculos son el punto de partida epistemología de la obra de Moreno"

En lo que nos diferenciamos es en la consideración del psicodrama como acto o como proceso.

Un acto dramático tiene por objetivo la incorporación de un nuevo significado y una conducta diferente a "conserva conductual que nos ha dejado el miedo" la compulsión a la repetición. En este pro-

ceder por actos, aunque las emociones fluyan, sean intensas, los elementos transferenciales no van a ser el eje del tratamiento.

El psicodrama como proceso, incluye el uso de la transferencia, como elemento de cura, no la creación de una neurosis de transferencia, pero sí usando los elementos télicos y transferenciales como el eje sobre el que ir tejiendo las sesiones.

Si se me permite la osadía, estamos en el primer caso en un psicodrama "hacia delante" que podría adjetivarse como constructivista sin ninguna dificultad. Mientras que en el segundo caso, el proceso regresivo que acompaña el manejo transferencial, haría que pensáramos más en la confluencia con el modelo psicoanalítico.

Ahora bien, no nos es ajena la idea de encontrar un metamodelo integrador en psicoterapia, los nombres de las psicoterapias comenzaron a agregarse, creo que en un triunfo frente al narcisismo de escuelas, psicodrama sistémico, terapia cognitivo-analítica, terapia cognitivo evolutiva sistémica. En un camino a mi entender que señala la necesidad. Hace tiempo leía una frase que decía "la presencia señala la ausencia", creo que las distintos modelos hemos empezado a mirar el resto y a notar las ausencias del nuestro en un ejercicio de amor que solo es posible como renuncia al narcisismo.

8. FORMULAR UN DESEO DESDE UNA POSICIÓN DE ENCUENTRO

Cuando pensé que esta mesa podría llevarse a cabo, recordé que el profesor Villamarzo me había enseñado que los deseos solo pueden llevarse a cabo en la realidad, después leía un trabajo del profesor Fernández Liria (2000) donde nos decía que el cambio ocurre como el resultado de nuevas narrativas y esta nueva narrativa es capaz de reordenar sucesos de nuestras vidas y darles un significado diferente, a continuación me fui a buscar una frase de la profesora Crespo (1993) que me permitiera llegar a entender su modo de pensar entresaqué un párrafo que decía que el valor estresante de una situación depende en gran medida de cómo cada persona la percibe, por último mire el texto del profesor López Yarto (1997) donde decía que se interesaba por la marginación y la deshumanización de nuestro mundo.

En ese momento entendí que que yo esencialmente soy psicodramatista, que la grandeza del psicodrama no está en nuestro co-

nocimiento de lo intrapsiquico ni de lo interpsiquico, sino en nuestra creencia de que ni los hombres ni el conocimiento existen en aislamiento sino en contextos humanos de colaboración y el sufrimiento mental es el resultado de "diálogos limitantes que ocurren entre individuos familias e instituciones."

Por ello cuando afirmo que el psicodrama nunca podrá ser una opción encapsulada a la práctica dentro de una consulta, un hospital... quiero transmitir con pasión la idea de encuentro, que se apoya sobre la firme creencia de que el hombre puede subrogar el odio al amor, de tal modo que mi personal propuesta del psicodrama es una propuesta romántica, definiendo romanticismo como la creencia de que podemos crear un mundo mejor. Ahora bien si el psicodrama se pone al servicio de la violencia, que viene de la mano de múltiples actitudes socialmente aceptadas, estoy convencido de que no podemos plantearnos ningún futuro y si lo hubiera no valdría la pena porque habríamos perdido el futuro como seres humanos.

Gracias.

BIBLIOGRAFÍA

Amar, N; Bayle, G; Salem, I (1987) Formación en psicodrama analítico, Buenos Aires Amorrortu.

Anzieu, D (1956) El psicodrama analítico en el niño, Buenos Aires, Paidos.

Blatner, A. (2000) As implicacoes do pos modernismo para a psicoterapia, Leituras 32, pp 6. Ed. Companhia do teatro espontáneo.

Botella, L; Pacheco, M.; Herrero, O; (1999) Pensamiento posmoderno constructivo y psicoterapia, Revista Psicoterapia, n.° 37, 1er trimestre, págs 5-28.

Bustos, D (1985) Psicoterapia Psicodramática, Buenos Aires, Ed. Paidos.

Bustos, D (1997) Novas Cenas para o Psicodrama, Sao Paulo, Ed. Agora.

Crespo, M (1993) Estrés. Trastornos psicofisiológicos, Eudema. Madrid.

Fernández Liria, A (2000) From Interpretation to Commentary: Truth and Meaning in Psychoterapy, Journal of Psychotherapy Inegration, Vol 10, N.° 3, pp 83-287.

Fonseca Filho, J (1999) Freud, Moreno e a bossa nova, en psicoterapia de relacao, Sao Paulo, Ed. Agora, págs 74-108.

Greenberg, H (1974) Active psychotherapy, New York, Ed. Jason Arnson.

Liberman, A (1997) Retramatrización, II Congreso Iberoamericano de Psicodrama, Salamanca, Ed. Unv. De Salamanca.

Herranz, T (1999) ¿Qué psicodrama sobrevivirá?, en Psicodrama y otras psicoterapias, pp139 a 158 Barcelona, Libro de Actas, XV Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama.

Millon, T (1995) ¿Cómo puede facilitarse la integración de la psicoterapia mediante el conocimiento de la psicoterapia? Una perspectiva a partir de los trastornos de la personalidad. Clínica y Salud, vol 6, n.°. 2, Págs. 109-129

Menegazzo, C. M; Tomasini, M. A; Zuretti M. M; y cbs (1992) Diccionario de psicodrama e sociodrama, Sao Paulo, Ed. Agora.

Monteiro, A. M. (2000) Deconstrucao e Reconstrucao da teoria psicopatologica no psicodrama clínico uma proposta metodológica, Leituras, 33.

Moreno, J. L: (1976) Las palabras del padre, Buenos Aires, Ed. Vancú.

Perazzo, S (p.p) Qué teoría de qué psicodrama, en Herranz, T; Psicodrama, Teoría, Técnica y Clínica.

Perazzo, S (1994) Subjetividad e psicodrama: Direcao cenica da loucura, Revista Brasileira de Psicodrama, Vol 2, Fasc 1, año 1994, págs 33-40.

Ramírez, J. A. (1997) Psicodrama. Teoría y Práctica, Bilbao, Ed. Desclée de Brouwer.

Villamarzo, P, F; (1998) ¿Quo Vadis Psicoterapia? Estudio sinóptico para una historia general de la psicoterapia, Salamanca, Universidad Pontificia de Salamanca.

CAPÍTULO 7

PRIMERAS EXPERIENCIAS EN PSICODRAMA

CANDELAS GARCÍA, VEGA; GUTIÉRREZ MARTÍN, M.ª BEGOÑA; GIROL-VIZCAY, CAÍN; HERRANZ CASTILLO, TEODORO

Escuela de Psicoterapia y Psicodrama

LA CULPA, EL MIEDO, LA MENTIRA Y LA SINCERIDAD: CUATRO COMPAÑEROS DE PISO

INTRODUCCIÓN

A continuación, vamos a presentar el caso de una paciente de 25 años, a la que llamaremos "I", que acude a terapia en Febrero de 2000, presentando como síntomas clínicos un cuadro de angustia generalizada (dolor de cabeza, presión torácica, insomnio...). Viene derivada a través de una amiga suya, la cual tiene bastante relación con el centro.

El método de trabajo que empleamos para llevar a cabo el tratamiento (el cual tuvo una duración de 5 sesiones), lo hemos denominado "Reconstrucciones", (Herranz, 1998); está influido por el pensamiento Constructivista y por el Psicodrama Individual.

Este enfoque terapéutico, no se centra directamente en los síntomas manifestados por los sujetos, sino en los conflictos subyacentes, constituidos por elementos conscientes e inconscientes, y que se han originado en un contexto relacional determinado. Así pues, la curación va a venir de la mano de "Reconstruir" un nuevo modo de estar del paciente en el mundo, a partir de la generación de nuevos roles, siempre partiendo de una posición de "Encuentro" entre paciente y terapeuta, (entendiendo por ello, estar juntos, observar, participar, comprender, tocar, sentir, conocer intuitivamente a partir del silencio y del movimiento), como base real del proceso terapéutico. (Moreno, 1967).

El paciente tendrá dos funciones diferenciadas a lo largo de la terapia: será un narrador de sus historias personales inacabadas (podrán tener un final) y a demás, va a hacer de director dramático, poniendo en escena su guión particular.

Con esto, pretendemos que adquiera un mayor control sobre lo que está sucediendo en la sesión, lo cual le permitirá poner una mayor distancia emocional ante sus temores, reduciendo su angustia, ya que éstos estarán frente a él, en forma de actores a los que podrá cambiar, conocer, cuidar...

Este modo de trabajo es siempre "hacia delante", no regresivo, aunque las escenas planteadas, puedan pertenecer al pasado (éste será considerado, en cuanto que está influyendo en su presente).

MÉTODO DE TRABAJO

A lo largo de las sesiones, seguimos siempre el siguiente esquema de actuación:

1. Descripción por parte de la paciente de la situación a trabajar.
2. A continuación, pasará a dirigir el cuadro de actores, esto es el equipo terapéutico que hará de yoes-auxiliares (en este caso concreto formado por tres personas), a excepción del terapeuta principal.
3. Dará instrucciones a los actores, sobre las características de los personajes de su historia.
4. Los actores, desde sus papeles, improvisarán e irán poniendo distintos finales a la obra.
5. La paciente parará y modificará los actores en cualquier momento, de manera que se vayan ajustando a lo que ella desea.
6. Cuando el final sea deseado por la paciente, se le pide que sustituya al actor que la representa y pase ella a realizar el papel.
7. La paciente deberá finalizar la obra del modo que eligió.
8. Deberá escribir para la sesión siguiente, un resumen-historia de lo que piensa y siente que ha ocurrido en la sesión, y también de lo que le gustaría trabajar a continuación.

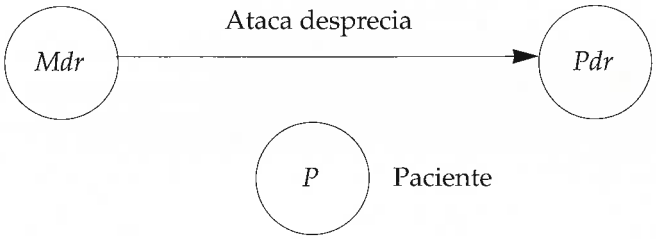
DESCRIPCIÓN DE ESCENAS TRABAJADAS

1.º ESCENA:

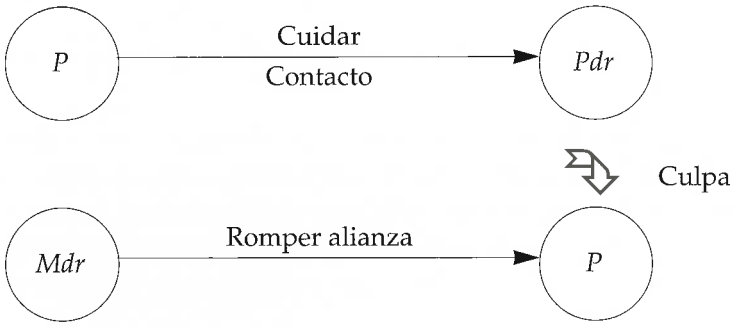
La primera historia planteada por la paciente para la dramatización, se desarrolla en el salón de su casa y tiene como personajes

principales a sus padres: La madre fue descrita por ella, como alguien rígido y autoritario, y el padre cómo débil y sumiso.

La paciente observa una escena habitual, en la que la madre agrede verbalmente a su marido

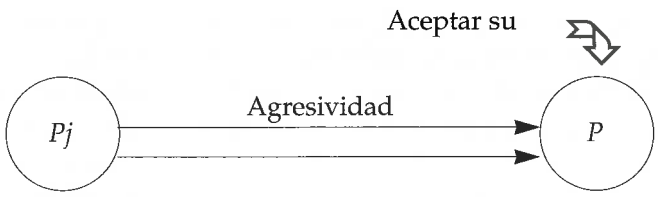


Dado que la paciente, no quería mantenerse por más tiempo como observadora pasiva, se ensaya con ella una respuesta alternativa consistente en: cuidar y acercarse al padre/ poner límites a la madre rompiendo el juego relacional de alianzas que tenía establecido con ella, y que le hacía sentirse culpable frente a su padre.

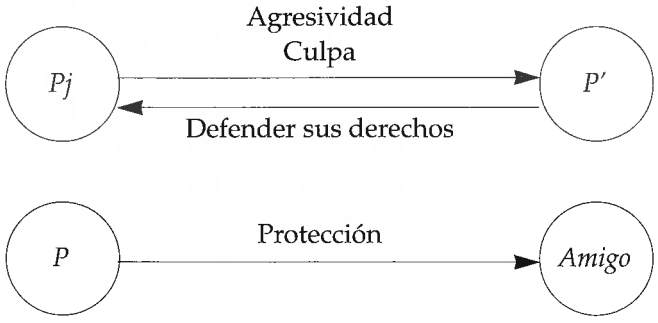


2.ª ESCENA:

La paciente, plantea una situación en la que desea irse a tomar café con un amigo, con el que se ha encontrado de modo casual, pero se ve obligada a marcharse, dado los sentimientos de culpa que le produce el saber que su pareja la está esperando (aunque en ningún momento hubiesen quedado de modo explícito). "I", se siente sin derecho a defender su deseo de quedarse con su amigo.



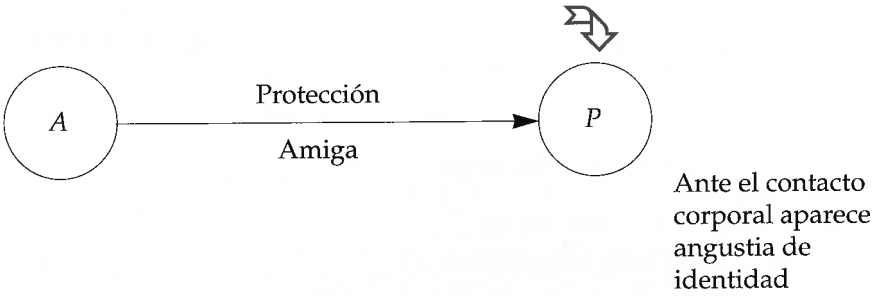
Se le propuso, que ensayase distintos modos de defender su derecho a elegir si quedarse o no, concluyendo con una escena de protección (del temor externo), en la que se encuentra acompañada de su amigo.



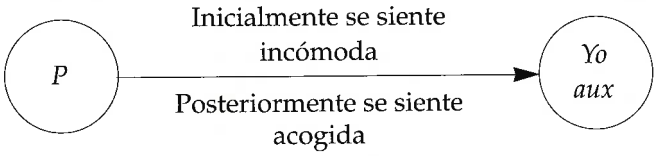
3.ª ESCENA:

La paciente plantea la necesidad de abordar la relación con su pareja, pero afirma que no puede enfrentarse a ello, debido a que la simple idea de hacerlo, la paraliza. Se intenta construir con ella una escena de protección y cuidado del equipo terapéutico frente al temor externo, con el fin de disminuir su angustia y defensa fóbica.

Se construye una escena en la cual una amiga escucha la historia de la paciente con su pareja. Ante el contacto corporal con la amiga, la paciente se siente muy angustiada.

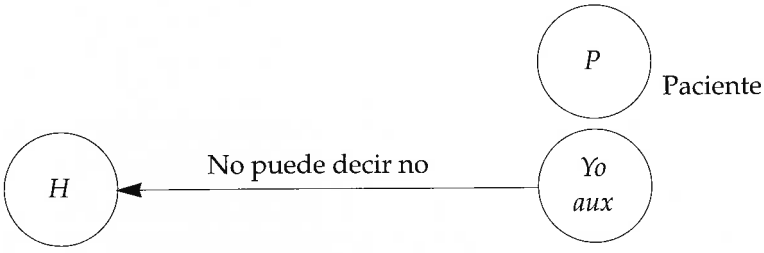


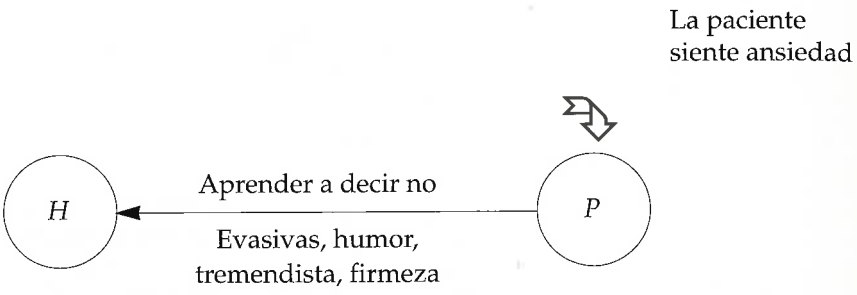
Se crea con ella una escultura para favorecer el acercamiento corporal.



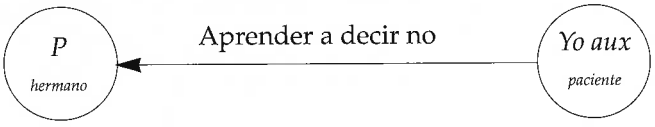
4.ª ESCENA:

"I" plantea las dificultades que tiene para decir "no", defendiendo su opinión ante las propuestas de su hermano, quien ha desempeñado siempre un rol paterno para ella. Se le plantean varias propuestas: dar evasivas, desde el humor, tremendista, desde la firmeza. Se le pide a la paciente que ensaye los modos alternativos de actuación. Ante la confrontación, por cualquiera de las cuatro vías alternativas, la paciente siente mucha ansiedad y es incapaz de continuar.

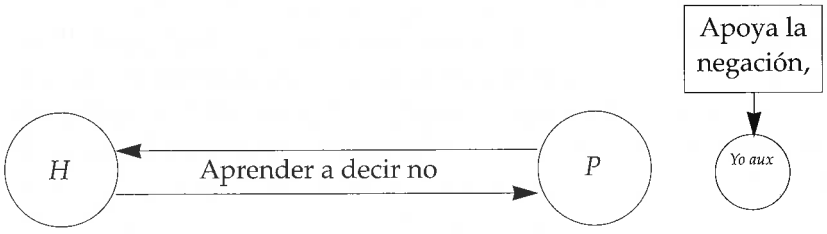




La paciente pasa a dramatizar el rol de su hermano, el cual tiene claramente interiorizado.



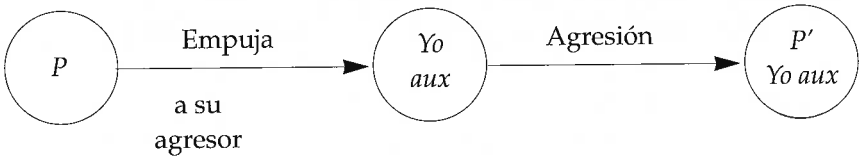
Se propone un cierre a la escena en la que la paciente debe dar una respuesta de firmeza ante las demandas del hermano. Un yo-auxiliar apoya la actuación del paciente reforzando su respuesta.



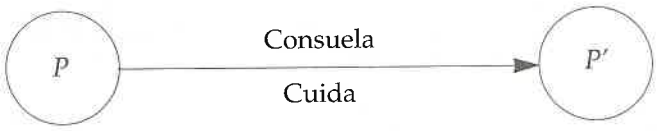
5.ª ESCENA:

La paciente, plantea en la última sesión la escena que lleva preocupándola durante todo el tratamiento. Esta situación consiste, en la agresión física y psicológica, a la que es sometida por parte de su anterior pareja, con la que ya no tiene ninguna relación. Esta persona es definida como alguien agresivo e impulsivo.

Como propuesta de respuesta, el equipo terapéutico, intenta que la paciente saque su rabia contra el agresor y sienta que es ella la que domina la situación. Se plantea una escena, en la que un yo-auxiliar hace de agresor de la paciente (en este caso representado por otro miembro del equipo), a quien tiene sujeta contra la pared (en *el como si)*. "I" deberá empujar al agresor, cuando no quiera seguir contemplando la situación.



Se le propone una última dramatización, cuyo fin es el de "reparar". La paciente desde el momento presente (consideramos que ha ido internalizando más recursos), deberá mantener un diálogo donde cuide y consuele a la "I" que fue maltratada. Se intenta promover la capacidad de autocuidado.



COMPARACIÓN CRONOLÓGICA–EVOLUTIVA

A lo largo de las sesiones, nos fuimos dando cuenta de cómo se producía una estrecha relación entre la aparición cronológica de los temas planteados en la terapia y los estados evolutivos del desarrollo de la personalidad. De tal modo, que primero surgieron temas en los que la paciente manejaba mecanismos de defensa más evolucionados, hasta llegar a las escenas donde aparecieron los elementos que configuraban el fondo melancólico (desvalorización, falta de afecto e inseguridad).

Cronología	Evolutiva
1.º Relación entre sus padres Agresión y culpa	Inhibición-frente al ataque y el desprecio. (Observador-desvalido)
2.º Agresividad Culpa → Humillación	humillación-temor
3.º Temor a que le ayuden (Fóbico) Ayuda → Agresividad	Temor: agresividad Angustia
4.º Angustia al contacto corporal	Defensa esquizoide Fóbica. Paranoide
5.º Humilla Somete Intimida No defensa	Depresiva. Culpa. Acepta
	Núcleo melancólico. Desvalorización Inseguridad

DIFICULTADES EN EL PROCESO TERAPÉUTICO

A lo largo del proceso de terapia, nos encontramos con las siguientes dificultades:

La paciente, tenía gran resistencia a dramatizar, intentando siempre que alguien del equipo terapéutico, dramatizara su papel en la escena final planteada.

Aparecía de continuo, una elevada angustia ante el más mínimo contacto corporal de los yoes-auxiliares, lo cual dificultaba a menudo la marcha de las sesiones (esculturas, externalizaciones...)

Tenía gran dificultad para encontrar temas a trabajar en las sesiones.

Los rasgos paranoides de la paciente, le llevaban a distorsionar la interpretación que daba a nuestros intentos de cercanía para relajarla en las sesiones, viviéndolos como un encuadre terapéutico poco formal, agresivo y desvalorizante hacia ella.

No tuvimos suficientemente en cuenta, a la persona que había hecho la derivación de "I" al centro, la cual seguía teniendo una gran influencia sobre ella. Hasta tal punto, que era a la derivante a quien la paciente le contaba lo que ocurría durante las sesiones e incluso las dificultades con las que se iba encontrando a lo largo del proceso, con el propio equipo. (Transferencia lateral).

APÉNDICE. CARTAS DE LA PACIENTE

La Mentira, la Sinceridad, el Miedo, La Culpa.

Éstos son cuatro compañeros de piso de la calle Sentimientos: la Mentira finge para aparentar, aunque no sabe muy bien el qué...Teme el reproche, ser ignorada. La Sinceridad es tímida y nunca está en casa y cuando está, no se la tiene en cuenta. El Miedo es muy amigo de la mentira, pero se escuda en ella para no ser visto, por si acaso. La Culpa siempre está enferma. No aguanta a la Mentira, pero no se enfrenta a ella por el Miedo, aunque la Sinceridad le aconseja al respecto.

Cuando hay un problema todos acuden a la Culpa que ha de dar la cara, pero siempre condicionada por las amenazas de la Mentira y el Miedo, por eso siempre procura dar largas.

Un día, la Culpa se decide, no quiere compartir más espacio con la Mentira y el Miedo, pero no sabe como decirlo. Pide ayuda a la Sinceridad, quien se encarga de la liquidación y los echa del piso. La Sinceridad, como no está a favor de la actitud mártir de la Culpa, decide alquilar un piso por su cuenta en esa misma calle, dejándola sóla.

La Mentira, el Afecto.

A veces pienso que el resto de la gente me pide más afecto del que doy y estoy dispuesta a dar. Afecto materializado en besos, abrazos y "achuchones". En ocasiones me ruborizo, me siento algo avergonzada ante el despliegue de cariños hacia mí por parte de ciertas personas e inmediatamente me pregunto si esperan que las corresponda en la misma o mayor medida. De hecho, hay gente que lo demanda y enseguida consideran que tu afecto y/o amor hacia ellos es sólo una farsa para conseguir algo de ellos. Hay quien dice de mí, que soy fría y que no tengo sentimientos.

Aprender a decir que "NO".

En muchas ocasiones, sobre todo con personas a las que me une una cierta y a veces profunda amistad o cariño, me comporto de la forma que ellos esperan de mí. Dejo de ser yo, para ser como pienso que quieren. Eso me lleva a menudo a poner en segundo lugar mis verdaderos sentimientos por miedo a no ser aceptada, o por miedo a que me regañen. Me lo sigo planteando, lo pienso y soy consciente cuando se plantea la situación; se lo que debo hacer y decir "NO". Sin embargo, no lo consigo; luego pienso, "puedo hacer un esfuerzo por contentarle, ...", pero se convierte en una pesada carga, porque el esfuerzo realizado, ha pasado inadvertido, no es valorado, y quedo frustada y agotada.

BIBLIOGRAFÍA

Cukier, R.(1992). *Psicodrama Bipessoal.* Sao Paulo: Agora

D.S.M.-IV. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* American Psychiatric Asociation. Barcelona: Masson

Herranz, T (1992). Tu circularidad y la nuestra. *Informaciones Psiquiatricas.* 126-127, 400-495.

Herranz, T (1998). ¿Psicoterapia individual y/o sistémica? *Mosáico.* 13 (3), 16-18.

Herranz, T. (1999). *Psicoterapia Psicodramática Individual.* Bilbao: Desclée de Brower.

Maturana, R; Verden, G. (1993). *Amor y Juego. Fundamentos olvidados de lo humano.* Santiago de Chile: Instituto de Terapia Cognitiva.

Millon, T; Everly, G. (1994). *La personalidad y sus trastornos.* Barcelona: Martínez Roca.

Moreno, JL. (1967). *Las bases de la Psicoterapia.* Buenos Aires: Hormé.

Ramirez, J.A. (1997). *Psicodrama. Teoría y Práctica.* Bilbao: Desclée de Brower.

Vallejo Ruiloba, J. (1994). *Introducción a la Psicopatología y al Psiquiatría.* Barcelona: Masson.

TEODORO HERRANZ CASTILLO; ELVIRA GONZÁLEZ JIMÉNEZ;
VEGA CANDELAS GARCÍA; JAVIER LIZCANO MARTÍN

PSICODRAMA CONSTRUCTIVISTA EN UN CASO DE MELANCOLÍA

PRESENTACIÓN

Nuestro equipo terapéutico pertenece a la Escuela de Psicoterapia y Psicodrama. Las sesiones están guiadas por Teodoro HERRANZ, como director terapeuta, y el equipo de coterapeutas (que, en las escenas, desempeñarán el papel de yo-auxiliar) está formado por Elvira GONZALEZ, Vega CANDELAS y Javier LIZCANO.

MÉTODO DE TRABAJO

En esta ocasión, nuestro modo de intervenir está muy influenciado por el pensamiento constructivista y el psicodrama individual, y que el profesor Herranz gusta en llamar "re-construir". Este enfoque parte de la distancia del paciente con sus situaciones conflictivas. El paciente va ha desempeñar tres papeles. Va a ser:

- un narrador de situaciones inacabadas (aunque la historia pueda tener fin),
- un director teatral, que va a poner en escena su guión,
- un actor, que representará el papel que convenga para cerrar la escena.

La secuencia de trabajo pasa por los siguientes momentos:

1. Como narrador, el paciente describe una situación familiar.

2. Como director teatral, el paciente pasa a dirigir el cuadro de actores (formado por el equipo terapéutico, a excepción del terapeuta principal).
   a. Instrucciones del paciente a los actores
   b. El equipo terapéutico, desde sus papeles asignados, improvisarán la escena representada, e irán poniendo distintos finales a la obra.
   c. El paciente, en su papel de director teatral, parará y modificará a los actores en cualquier momento, de manera que se vayan ajustando a sus deseos.

3. Cuando el final sea el deseado para el paciente, entonces se le pide que sustituya al actor que le representa, para pasar a representarse a sí mismo.

4. El paciente tiene que finalizar la representación del modo que eligió.

Se trata de que el paciente pueda elegir, de entre las ofrecidas, una respuesta nueva a la situación que le conflictúa, desde la toma de contacto emocional con la situación a través de la acción y las técnicas auxiliares de las que nos iremos sirviendo (como cambio de roles, soliloquio, concretización de la angustia..., etc.); pero, y sobre todo, desde el sentimiento compartido que va generándose en la relación terapéutica.

Obviamente también pensamos en cómo, desde el mensaje de aceptación del equipo terapéutico, los elementos transferenciales irán reparando el mensaje de no querible y culpable que destruye el mundo psíquico de nuestro paciente. El proceso terapéutico será un conversar con esos personajes internos, primarios y constituyentes del propio sujeto; y tenemos que llegar a convencer a estos invitados (representados por los actores del equipo terapéutico) de que nuestro paciente tiene dercho a vivir y, desde este reconocimiento, poder salir a trabajar y aceptar las frustraciones y las gratificaciones diarias.

¿Qué creemos que puede aportar este modo de hacer? En primer lugar surgió desde el "azar y la necesidad". Teníamos la necesidad de intervenir con un encuadre de pocas sesiones con el paciente, por lo que debíamos adaptar nuestro modo habitual de trabajo para in-

tentar mantener la fidelidad y coherencia con nuestro modelo, y nos aferramos a algunos principios que guiarían la intervención:

1. Daremos al paciente más control sobre la situación, para que trabaje desde una mayor distancia emocional.
2. El trabajo se focalizará hacia delante: ha de ser un trabajo prospectivo, aunque las escenas puedan pertenecer al pasado.
3. Disminuiremos el peso de la relación terapéutica, para lo que no manejaremos la transferencia como guía del proceso terapéutico, sino que nos situaremos en una posición de "confianza y aceptación".
4. El paciente estará protegido de la angustia por una escisión metodológica: "sus temores estarán frente a él", en forma de actores a los que podrá cambiar, querer, cuidar, proteger y, sobre todo, conocer.

Veamos, pues, cómo pusimos en práctica todo este encuadre.

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Tratamos, en este caso, con una paciente de 53 años que presenta un cuadro depresivo. A los 18 años se quedó embarazada y decide casarse, inducida por su familia y la de su novio. Relata que, desde entonces, el sentido de su vida ha sido ordenado y dispuesto por los familiares que la rodean, viviendo sólo para satisfacer las necesidades familiares y del hogar. En la actualidad vive con el más pequeño de sus 4 hijos, de 18 años (en tratamiento por un proceso psicótico desde hace dos años), y también convive con su esposo (aunque están en proceso de separación desde hace dos años).

PROCESO DE INTERVENCION

Sesión 1:

– Primera escena: Le pedimos la escenificación del momento más tranquilo de su vida cotidiana. Ella elige el momento del desayuno, y se representa.

– Segunda escena:	Se escenifica la relación entre la paciente y su hijo [representado por un coterapeuta]. Se interrumpe porque la paciente no soporta la tensión rompiendo a llorar.
– Tercera escena:	Para retomar la escena, una coterapeuta asume el papel de madre, y la paciente le tiene que aconsejar algo para que no se vaya con la angustia:

Paciente:	–Tienes que ser fuerte y aguantar
Terapeuta:	–Ya, pero eso no vale: lo hace siempre
Paciente:	–Quiérete.

Comentarios de devolución:	Coterapeutas:	–Somos nosotros los que tenemos que ayudarte, y no tú a nosotros.

– *Valoracion subjetiva:*

1. Se trata de crear un clima de protección ("...vamos a buscar las cosas buenas que tú tienes") porque vemos necesario que la paciente se sienta cómoda con nosotros.
2. Aparece un conflicto abierto, no resuelto, que provoca inhibición, tristeza y angustia.
3. Evitar su autoagresión. Se le está pidiendo que aprenda a cuidarse; como no sabe, se le impide que se haga daño. La alternativa es la aparición de un deseo: "Quiérete".

Sesión 2:

Comienza la paciente leyendo la tarea que se le pide entre sesiones: Se centra en la dificultad que tiene para pedirle cosas a su marido:

- "Yo quiero tener unos días para mí sola", es lo que quiero decirle
- "Él (refiriendose a su marido) siempre plantea los temas de cualquier clase como si te estuviera haciendo un favor"

- Primera escena: Se ensaya el modo habitual en que pide las cosas a su marido.
- Segunda escena: Se modifica la actitud de la paciente induciendo más decisión, y dando por sentado que ella se va a ir de vacaciones, y que el marido debe ocuparse del hijo. La paciente duda y tiene miedo de que no sea capaz de cuidarle. Se pone a llorar: –"...es que está tan enfermo, y como soy yo siempre quien le cuida..."
- Tercera escena: La paciente debe decirle a su hijo: "vas a pasar con tu padre estas vacaciones".
  - Primer momento: Deja a su hijo elegir con quién se quiere quedar estas vacaciones, y el hijo no sabe qué hacer.
  - Segundo momento: La paciente impone su decisión al hijo:
    –"Vas a pasar con tu padre las vacaciones"

- *Valoracion subjetiva:*

1. Fase de caldeamiento inespecífico, para crear un clima de trabajo.
2. Una vez focalizada la historia aparecen dos temas de contenido importantes
   a) Incapacidad de la paciente para decir lo que quiere y tomar sus propias decisiones.
   b) Necesidad de no perder una relación en la que se siente imprescindible.
3. Ensayo y puesta en práctica de la toma de decisiones con firmeza, y poner límites al marido y al hijo.

Sesión 3:

La paciente presenta su tarea de casa. Narra su dificultad para conseguir que su hija mayor permanezca al margen de las decisiones que debe tomar con su marido:

- "... Me ha sorprendido lo insegura que parezco...".
- "... Parece que siempre hablo con mensajes poco claros. Me pregunto si es porque quiero que otros adivinen mis deseos, y así no correr el riesgo de equivocarme...".

- Primera escena: Se ensaya la situación presentada. Marido, paciente e hija, discuten sobre el tratamiento de su hijo pequeño. La situación parece no cerrarse nunca. El terapeuta interviene: –"Seguid así, sin tomar la decisión, hasta que "tú" (refiriendose a la paciente) quieras hacer algo diferente contigo misma.

- Segunda escena: La paciente decide intervenir con más dinamismo. Sin embargo, le va entrando el miedo y vuelve a repetir lo que hace habitualmente. El terapeuta interviene representando el rol del miedo, y desde ese papel, le dice a la paciente: –"Te has ido convenciendo, desde que tenías dieciocho años, de que estaba bien que todo el mundo tomase las decisiones que a ti te correspondía tomar; y que lo más importante es tenerlos a todos contentos, a pesar de que esto suponga tu propia anulación". La paciente rompe a llorar.

- Tercera escena: La paciente consigue ser un poco más activa, diciéndole a su marido que se ocupara del cambio del tratamiento de su hijo; y a la hija, que se mantenga al margen.

- *Valoracion subjetiva:*

1. Caldeamiento inespecifico de la escena
2. Se aprecia en la escena que los demás estan esperando a que la paciente se ocupe de lo que ellos quieren. No se atreve a negarse porque se queda sin el papel que le han asignado, donde ella siente que tiene un lugar, frente al temor a no tener ningún lugar, o bien a no ser nada para nadie.
3. Ante la aparición del miedo en la paciente, el terapeuta introduce un desafío, para que sea consciente de que la premisa que utiliza es: "si no satisfago el deseo de los demás, nadie va

a quererme". En esta frase recogemos la naturaleza de su contradicción, porque ella sabe que haciendo lo que los demás quieren nunca será querida por lo que es, sino que será querida sólo por lo que hace.

4. Aparece una respuesta diferente, donde ella es capaz de definirse, y expresar sus deseos y decisiones.

Sesión 4:

La paciente nos cuenta que ha estado de vacaciones. Puso en práctica lo ensayado en la última sesión. Pero también nos expresa su insatisfacción, al ser consciente de que ha continuado su tónica de tratar de satisfacer; esta vez a estado a la espectativa constante de su hermana, con quien se ha ido a pasar unos días a su casa de la playa.

Apunta el temor a tener que recordar su pasado para poder mejorar su presente, y a que no encuentra nunca a nadie con quien poder comunicarse.

- Primera escena: Situación rutinaria de saludos con la gente de su gimnasio
- Segunda escena: Los coterapeutas hacen de modelo, realizando una interacción social espontánea con la paciente.
- Tercera escena: Se ensaya un modo de relación donde haya un contacto más íntimo y menos social.

- *Valoracion subjetiva:*

  La sesión se ha convertido en un intento de satisfacer su deseo de "encontrar a alguien con quien compartir su vida". Se ve como ella es incapaz de mostrarse a sí misma ante los demás, y de poder establecer desde esa posición una relación.
  Los coterapeutas sugieren buscar alternativas que le permitan establecer nuevas relaciones de amistad. Pero la paciente se resiste ante la idea de mostrarse a sí misma como ella es, y menos a los demás. Está huyendo de su sentimiento profundo de vacío interior.

Sesión 5:

La paciente no ha escrito nada después de la última sesión. Dice que se siente mejor, con más capacidad para tomar decisiones, y que *"ya no le importa lo que piensen de ella"*. A continuación, pregunta a los coterapeutas: –"¿Qué pensais de mí?".

Los coterapeutas le devuelven que se pueden apreciar algunos cambios como la mejora del aspecto físico, el poder dejar a su hijo con el marido e irse de vacaciones, el tomar decisiones sin esperar a la aprobación de los otros, el cambio al hijo de psicólogo... etc.; pero le sugerieren que tiene que dejar de preocuparse tanto en agradar a los demás, y centrarse más en sus necesidades.

La paciente relata cómo, desde que se quedó embarazada con 18 años, toda su familia ha decidido siempre por ella qué hacer con su vida; y ella asume esta planing, aunque no lo desea.

– Primera escena: Terapeuta: –¿Qué les quieres decir, aquí y ahora, desde la persona que eres, a los que decidieron casarte?
Ante el bloqueo de la paciente, los coterapeutas hablan por ella, diciendo que "aunque les agradecemos su apoyo, tenemos el derecho de poder equivocarnos". La paciente rompe a llorar.
El terapeuta interviene: –"¿Cuánto tiempo más vas a esperar a tomar las riendas de tu vida?". "Ahora eres más sabia, y no tienes ningún destino que lo impida".
Ella no dice nada y sigue llorando.

– *Valoracion subjetiva:*

Se detecta cómo la paciente niega sus limitaciones.
Su conflicto: La necesidad de reconocimiento por los demás. Observamos su propia contradicción.
Pasamos a apoyarla para mostrarle sus defensas: Que se está auto-engañando.
Buscamos el "locus" original donde apareció la necesidad de sentirse reconocida. Intentamos que vaya despidiéndose de su parte infantil, de dejarse llevar por los otros, pero no puede.

CONCLUSIONES

- La escena conflictiva para nosotros es que se queja de no hacer lo que quiere, y el temor es a hacer lo que quiere.
- Ella sitúa a la edad de 18 años, cuando quiere ser una chica diferente y se queda embarazada, lo que hace que siga siendo dependiente toda su vida.
- Creemos que el embarazo es un síntoma que le hace ser dependiente el resto de su vida, autojustificándose a sí misma, y evitando el temor a hacer lo que quiere; porque se siente incapaz, insegura, inútil, no reconocida, no valiosa, no querible, no merecedora del cariño para ella misma, vacía..., etc.
- Ese sentimiento de no ser querible es un sentimiento que surge en la infancia: ella es la niña que desea ser querida. El embarazo podría significar un intento de búsqueda de afecto, a través de ser imprescindible para el bebé.
- Los obstáculos y resistencias al tratamiento se construyen con la negación y la racionalización.

– **DIAGNOSTICO:**	Eje I:	F32.1 Trastorno depresivo moderado con síntomas melancólicos [296.21]
	Eje II:	F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia [301.6].

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION: "DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales", ed. Masson, Barcelona, 1995.

BLEICHMAR, Hugo:
- "Avances en psicoterapia psicoanalítica", ed. Paidós Ibérica, Barcelona, 1999.
- "La depresión. Un estudio psicoanalítico", ed. Nueva Visión, B. Aires, 1976.

BUSTOS, Dalmiro M.:
- "Nuevos rumbos en psicoterapia psicodramática", ed. Momento, La Plata 1985.

- "Técnicas básicas del psicodrama", rev Vínculos n.º 6 (pp. 11-19) 1992.

CUKIER, Rosa: "Psicodrama bipersonal" [en prensa].

FERNANDEZ ALVAREZ, H.: "Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia", ed. Paidós Ibérica, Barcelona, 1992.

FERNANDEZ–VILLAMARZO, Pedro:

- "Cursos sistemáticos de formación psicoanalítica", ed. Marova, Madrid, 1987.
- "Duelo y Melancolía", en: "Actualidad de Sigmund Freud" (cap. 1, pp. 17-46), ed. EDIASA, Madrid, 1999.

FONSECA FILHO, J. S.:

- "Psicoterapia de la Relación" La hoja de Psicodrama n.º 26 (pp.13-20), 1998.
- "Psicodrama interno" La hoja de Psicodrama n.º 27 (pp. 8-17), 1999.
- "Todavía sobre una Matriz de Identidad", Revista Brasileira de Psicodrama, vol 4, fascículo II (pp. 21-34), 1996.

FREUD, Sigmund: "Duelo y Melancolía" [1915], en: "Obras Completas de Sigmund Freud" (vol. VI, cap. XCIII, 2091-2100), ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1972.

FRANK, J. D.: "Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias", en Mahoney y Freedman: "Cognición y Psicoterapia", ed. Paidós, Barcelona 1982.

GONÇALVES, C.: "Lecciones de Psicodrama", ed. Agora. Sào Paulo, 1988.

HERRANZ CASTILLO, Teodoro:

- "Procesos, estructuras y emociones en psicodrama", rev Vínculos n.º 6 (pp. 19-32), 1992.
- "Psicoterapia individual ¿y/o sitémica?", rev Mosaico n.º 13 (pp. 16-18), 1998.
- "Psicoterapia psicodramática individual" ed. Desclée de Brouwer, Bilbao 1999.

KLEINKE, Ch. L.: "Principios comunes en psicoterapia", ed. D.D.B., Bilbao, 1995.

KOHOUT, H.: "La restauración del sí-mismo", ed. Paidós, Barcelona, 1980.

MATURANA, H.: "Amor y juego. Fundamentos olvidados de lo humano", ed. Instituto de Terapia Cognitiva, Santiago de Chile, 1993.

MORENO, Jacob Levy:

- "El teatro de la espontaneidad", ed. Vancú, Buenos Aires, 1977.
- "Las bases de la Psicoterapia", ed. Hormé, Buenos Aires, 1967.
- "Fundamentos de Psicodrama", ed. Summus, Sào Paulo, 1983.
- "Psicodrama", ed. Hormé, Buenos Aires, 1961.

- "Psicoterapia de grupo y Psicodrama: Introducción a la teoría y la praxis", ed. F.C.E., México, 1966.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: "CIE-10.Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación", ed. Meditor, Madrid, 1993.

PAVLOVSKY, E, MOCCIO, F. y MARTINEZ BOUQUET, C.: "Psicodrama. Cuándo y por qué dramatizar", ed. Fundamentos, Madrid, 1979.

PICHON RIVIERE, E.: "Teoría del vínculo", ed. Paidós, Buenos Aires, 1985.

PINTADO CALVO, A.: "Rigor científico y Psicodrama", rev. Informaciones Psiquiátricas n.º 141 (pp. 349-362), 1995.

PINTO Da FONSECA, M.: "Psicodrama y constructivismo: Un modo de reconcebir la adquisición del conocimiento", 1er Congreso Iberoamericano de Salamanca (pp. 821-827), ed. Universidad de Salamanca, 1997.

POBLACION KNAPPE, Pablo:

- "Metadrama o metamodelo en Psicodrama" rev. Temas 22 (pp. 142-159), 1992.
- "Objetos intermediarios", rev. Vínculos n.º 6, (pp. 33-72), 1992.
- "Teoría y práctica del juego en psicoterapia", ed. Fundamentos, Madrid, 1997.

RAMIREZ, J. A.: "Psicodrama. Teoría y práctica", ed. D.D.B., Madrid, 1997.

MARIAM MASCIAS LUNA

OLGA LUCÍA HOYOS DE LOS RÍOS**

EXPERIENCIA EN PSICODRAMA CON ANCIANOS*

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es compartir la experiencia de prácticas de psicodrama dirigido a un grupo de ancianos de Madrid Capital dentro de un programa de colaboración, entre el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), Consejería de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid y Área de Servicios Sociales de la Junta Municipal de Hortaleza y el GRUPO DE ESTUDIOS DE PSICODRAMA DE MADRID (dirigido por el Dr. Pablo Álvarez Valcarce).

Inicialmente realizaremos una breve introducción teórica al psicodrama revisando sus elementos básicos, para posteriormente relacionarlos con la práctica psicodramática en ancianos. Finalmente haremos una reflexión sobre nuestra experiencia práctica destacando las dificultades con que nos hemos encontrado a lo largo de todo el proceso y las oportunidades de aprendizaje que nos ha brindado esta actividad.

CONCEPTOS BÁSICOS EN PSICODRAMA

Sin ánimo de ser exhaustivas en el tratamiento teórico del tema, sobre el que existen explicaciones más elaboradas en numerosas re-

---

* Las reflexiones que se presentan a continuación corresponden a la práctica realizada durante el período comprendido entre enero y junio del presente año.

** Las autoras hacen parte del grupo de prácticas de psicodrama con ancianos, integrado además por Virginia López Zabas.

ferencias bibliográficas, nos interesa señalar aquellos aspectos que sirven de base a la iniciación de una práctica psicodramática, en especial aquellos que surgieron durante las distintas sesiones y nos serviremos de la propuesta teórica de Rojas Bermúdez para argumentar nuestra experiencia.

De manera general podríamos decir que el Psicodrama es un método psicoterapéutico y de aprendizaje psico-social. Tiene su origen en distintos ámbitos, a saber: Teatro de la Espontaneidad, la Psicología individual y Grupal y la Sociometría Científica.

Como característica propia del psicodrama se destaca la dramatización. Sin dejar de lado los contenidos verbales, se resalta el valor de la intervención del cuerpo asumiendo que ésta permite un compromiso completo con la acción que se realiza y facilita el desarrollo de mejores y más completos medios de comunicación. "Esta participación corporal ha demostrado ser un valioso método para evidenciar las defensas conscientes e inconscientes del paciente, así como sus conductas y cuadros patológicos [1]".

Otro elemento inherente al psicodrama es el concepto de espacio, que transformado en escenario permite la representación del mundo interno del paciente de diversas maneras. En este sentido no sólo se incluye el lenguaje verbal sino otros elementos como el cuerpo, objetos y acciones que toman sentido en un escenario particular durante la dramatización.

En oposición con otro tipo de psicoterapias, al ser el psicodrama una psicoterapia directa, permite centrar el proceso terapéutico en el "aquí y el ahora". Sin negar la importancia del pasado, se acepta que nuestras actuaciones revelan el contenido de éste. Por tanto, al centrarse en el presente se alude necesariamente al pasado. Más que el relato del propio pasado es actuar el pasado en nuestro presente.

Por otro lado, al disponer de un espacio en el que un "como si" participamos en una dramtización, permite que actuemos nuestros conflictos de forma que tomemos conciencia de ellos de una manera global, en el sentido de que se recibe información desde distintas vías (táctil, visual, verbal...) y la relación que se establece entre ellas con los sentimientos y pensamientos que provocan. Unido a esto, lo vivenciado en la dramatización es susceptible de generalizarse a

---

[1] ROJAS-BERMÚDEZ, Jaime. (1997): Teoría y Técnica psicodramáticas. Editorial PAIDÓS. Barcelona.

otros ámbitos de nuestra vida, facilitando la introducción de cambios en la misma, cumpliendo así con uno de los objetivos fundamentales de toda psicoterapia. [2]

En consecuencia con la concepción de hombre como ser bio-psico-social-espiritual Rojas-Bermúdez describe distintos elementos que conforman la sesión psicodramática. A saber:

- Tres contextos: social, grupal, dramático;
- Cinco instrumentos fundamentales: Protagonista, escenario, yo auxiliar, director y auditorio;
- Tres etapas: caldeamiento, dramatización y comentarios o análisis.

Estos elementos serán retomados en el análisis de la experiencia práctica.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS IMPORTANTES EN LA VEJEZ

El aumento de la esperanza de vida en el mundo occidental pone en evidencia la necesidad de mejorar las condiciones de la misma, el bienestar, en su más amplio sentido, de las personas mayores. Se trataría de evitar que la prolongación de la vida se convierta en un padecimiento de enfermedades crónicas y un sufrimiento por la disminución de la calidad de vida. Por lo tanto, un objetivo básico a tratar con personas mayores sería la optimización de esta etapa del ciclo vital.

Este hecho ha llevado a la proliferación de estudios dirigidos a obtener información sobre las particularidades de la vejez con el fin de responder a la necesidad que esta circunstancia plantea.

En este trabajo no abordaremos en su totalidad todos los aspectos relacionados con psicología de la vejez, esbozando solamente aquellos, que para nosotras, respaldan una posible intervención con psicodrama en un grupo de ancianos.

Una de las ideas que surgen a partir de estos estudios aparece en los años ochenta, cuando se propone la sustitución del concepto ve-

[2] Para profundizar en lo que es psicodrama y sus postulados básicos remitirse a ROJAS-BERMÚDEZ (citado previamente) quien ofrece una amplia bibliografía sobre el tema.

jez "normal" por el concepto del vejez "con éxito". Este último centra la atención en establecer cuales son los límites del funcionamiento en la edad avanzada y las condiciones que permiten un mantenimiento de éste en las mejores condiciones. En este mismo sentido, se intenta cambiar la visión de las personas mayores evitando significados relacionados con pérdidas, tristeza, soledad; y se resaltan las pontencialidades que éstas poseen relacionadas especialmente por las experiencias acumuladas a lo largo de la vida.

La medicina, psicología y muchas otras ciencias han puesto en evidencia el hecho ineludible de que cada etapa de la vida requiere de continuas adaptaciones a las posibilidades físicas y condiciones psicológicas que el organismo nos ofrece. Esto no sólo es válido durante la vejez sino que además adquiere un significado especial, ya que la persona mayor se enfrenta, no al despliegue de potencialidades que se vive en etapas anteriores, sino al hecho de que su organismo físico se va deteriorando.

Según Baltes y Baltes (1990) [3] este proceso de adaptación requiere la optimización selectiva con compensación que recoge y aplica una parte sustancial de los presupuestos básicos de la psicología del ciclo vital a la edad avanzada. Este modelo postula que los tres componentes de la adaptación a lo largo de toda la vida y que interactúan entre sí son: La selección, la optimización y la compensación.

La selección se refiere a un proceso de especialización de competencias conductuales que implica una reducción en el número de competencias o áreas de funcionamiento del individuo. Esta limitación supone una adaptación porque se reducen las demandas a las que la persona tiene que hacer frente, siendo más fácil manejar las competencias seleccionadas.

Una vez se ha hecho el proceso de selección la persona va a procurar dirigir su actuación para lograr el mejor funcionamiento posible en el mayor número de áreas de la vida, logrando así la optimización. Diversos estudios [4] muestran como cuando las personas mantienen niveles altos de actividad física moderada, estilos de vi-

---

[3] BALTES y BALTES (1990) citado por Ignacio Montorio y María Izal (1997): La vejez con éxito. Pero, ¿por qué las personas mayores no se deprimen más? En: Intervención psicosocial. Vol 6, N.º 1, págs. 53-75.

[4] SCHAIE (1994) citado por Ignacio Montorio y María Izal (1997): La vejez con éxito. Pero, ¿por qué las personas mayores no se deprimen más? En: Intervención psicosocial. Vol 6, N.º 1, págs. 53-75.

da saludables y relaciones con personas intelectualmente activas, continúan manteniento su actividad y capacidad intelectual a lo largo de toda la edad avanzada.

La compensación es un proceso que se activa cuando se deterioran las habilidades de la persona como consecuencia de la edad o bien cuando las demandas del contexto aumentan y no se puede alcanzar el nivel de ejecución deseado. Por lo tanto, la compensación sería una estrategia para compensar los déficits.

En esta misma línea de ideas aparece el Modelo de competencia y sentido de la vida (Olbrich, 1987) [5] que plantea que el proceso de envejecimiento no puede verse únicamente como una disminución de capacidades, funciones y habilidades, sino que el anciano posee la capacidad de desarrollarse con el consiguiente incremento que plantea que el proceso de envejecimiento no puede verse únicamente como una disminución de capacidades, funciones y habilidades, sino que el anciano posee la capacidad de desarrollarse con el consiguiente incremento de experiencias, de saber y de competencia. Sería una forma de posicionarse ante la vida, de tener una autoimagen y un estilo de vida congruente con uno mismo.

Estas propuestas reconocen que además del estrés propio que cada uno de los cambios vitales de la vida produce en la persona, en la vejez puede señalarse una serie de estresores típicos, a saber:

- Eventos vitales; éstos son sucesos puntuales que ocurren en la edad avanzada (jubilación, muerte del cónyuge, etc.) y que exigen de la persona un gran esfuerzo de adapatación. Existen otros eventos vitales de especial importancia durante la vejez tales como la pérdida de roles y estatus, problemas relacionados con la salud, muerte de personas próximas, con el consiguiente aislamiento social. En la medida en que estos eventos vitales sean anticipados o previstos, el estrés producido por los mismos será mínimo. Contrariamente a lo que se pudiera pensar estos eventos vitales no parecen ser la principal fuente de estrés.
- Condición de normatividad; se refiere a aquellos acontecimientos que no están asociados al curso de desarrollo normal

[5] OLBRICH (1987) citado por J. Valdés-Stauber. Psicogeriatría y la cuestión del sentido de la vida en la senescencia. En: AN, Psiquiatría (Madrid). Vol. 16. N.º 5. pp.192-196, 2000.

de la vida y que son menos esperables, causando por lo tanto mayor estrés; ejemplo de ello es la muerte de un hijo.

- Las situaciones de estrés crónico; éstas se dan cuando los estresores aparecen de manera isidiosa y persistente en la vida cotidiana. Estos estresores producen los efectos más negativos sobre el funcionamiento biológico, psicológico y social de las personas. Un ejemplo claro de esta situación es el cambio de residencia. La persona puede sentirse más vulnerable debido a su deterioro físico. El cambio de residencia viene acompañado de la pérdida de familiares y amigos que producen un aislamiento de la persona, convirtiéndose en una situación de estrés crónico.
- Situaciones cotidianas estresantes; las cuales se refieren a problemas de organización a los que tienen que enfrentarse las personas mayores. Ejemplos de esto son los problemas con la memoria, la utilización de los medios públicos de transporte, hacer gestiones...

Si bien es cierto que en el proceso de senescencia se producen pérdidas de las capacidades físicas, limitación de las propias capacidades y confrontación con la finitud de la propia existencia, hay que tener en cuenta que las personas mayores desarrollan capacidades que les sirven para afrontr estas circunstancias y que son: "una profundización del juicio, la capacidad de llegar a compromisos, la creciente disposición de aceptar limitaciones insuperables, preocupándose de hacer realidad a corto plazo las posibilidades existenciales que la vida aún ofrece.

En nuestra exposición hemos tenido en cuenta algunos de los aspectos que creemos constituyen la base de un abordaje psicodramático con personas mayores. En este sentido, teniendo presente la posibilidad de anticipación de los eventos vitales claves en la vejez y sus consecuencias resulta evidente la necesidad de ofrecer un espacio en el que se puedan trabajar temas tales como la pérdida (jubilación, muerte, cambios vitales, cambios de residencia...), soledad, tristeza, depresión, entre otros, sin descuidar la importancia de potencializar las capacidades que se poseen.

Consideramos que más allá de las ventajas teóricas, bien argumentadas por los expertos en la materia, sobre la utilidad del psicodrama creemos que para las personas mayores tendría unos beneficios en los siguientes aspectos:

- Red de amigos y apoyo social: No podemos desconocer que la realidad que viven nuestros ancianos es, con mayor frecuencia, el aislamiento y abandono, por lo que al crearse el espacio concreto en el que funciona el grupo de psicodrama, las personas mayores encuentran en él la posibilidad de contar con iguales, con una problemática en común, entre los que el intercambio de experiencias, se convierte en una fuente de aprendizaje. En el primer caso, la simple observación de un posible modelo, en un momento dado, mejor adaptado, ofrece alternativas al propio comportamiento. En el segundo caso, la propia persona actuaría como modelo, reconociendo en su actuación elmentos que le son de utilidad a otros miembros del grupo, lo cual repercute en una mejora de la autoestima que viene dada por el reconocimiento de poder ayudar a los demás.
- El recuperar el propio cuerpo como forma de expresión, tan característico en el psicodrama, permite un reaprendizaje de las posibilidades de comunicación a través del cuerpo que, aparece especialmente aletargadas en las personas mayores, producto tal vez, de algunos procesos de enseñanza. Unido a ello, el uso del cuerpo, facilita, como ya se señaló anteriormente, la toma de conciencia a un nivel distinto al verbal, de gestos, posturas, que dicen mucho de nuestros temores y resistencias.
- Uso de diferentes recursos psicodramáticos (juegos, imágenes, dramatizaciones,...): Teniendo en cuenta que cada una de las actividades que se pongan en marcha dentro de la sesión psicodramática deben ser adaptadas a las necesidades físicas y particulares de las personas implicadas, el uso de los distintos recursos permite que recuperen la capacidad de disfrute, la distensión, que para muchos es propia sólo de los niños. Por otro lado, dado que cada uno de los recursos utilizados en el psicodrama da margen a la espontaneidad, se logra poner en marcha la libertad de expresión y creatividad de los participantes.

ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

1. Características del grupo: El grupo de psicodrama está compuesto por 20 personas con edades comprendidas entre los 60 y los 95 años. Este grupo funciona en las instalaciones de la Huerta de la Salud del barrio Hortaleza y se reúne cada viernes durante una hora. Las actividades están dirigidas por 3 estudiantes del grupo de estudios de psicodrama en Madrid, a cargo de Pablo Álvarez Valcarce.
2. Objetivos de la intervención: Dado que el grupo de psicodrama con ancianos tenía una trayectoria de trabajo previo con otros estudiantes, el objetivo principal de nuestra intervención consistió en dar continuidad al trabajo inicial y propiciar la formación de las nuevas estudiantes en la práctica psicodramática.
3. Desarrollo: En un principio la unidad funcional estaba compuesta por dos estudiantes, una de ellas con formación en psicología y la otra con formación en arte dramático. La experiencia de estas estudiantes determinó los cambios que se introdujeron en el desarrollo de las sesiones tales como la incorporación de la música en distintos momentos de las sesiones (relajación, caldeamiento, cierre...), juegos de expresión corporal, etc., que facilitaron una nueva disposición para el trabajo, en el sentido de una mayor participación del área corporal priorizando una actividad más vivencial. Pasado un mes se incorporó una tercera estudiante, también con formación en psicología.
   Dentro de esta nueva organización del trabajo pudimos ir observando una serie de necesidades (unas más manifiestas que otras) que fueron incorporándosse a los objetivos de la práctica. De este modo nos planteamos trabajar temas como la muerte, la soledad, la amistad, la pareja, la familia, el futuro, entre otros.

   Las sesiones se desarrollaban de las siguiente forma:

   Para iniciar la sesión se formaba un círculo con sillas tanto para los participantes como para la unidad funcional.

- *Etapa de relajación:* Se introdujo por la necesidad de facilitar la disposición para la sesión, rompiendo con la actividad previa, que en este caso correspondía a una clase de matemáticas. Esta actividad tenía como objetivo tomar conciencia del aquí y el ahora y crear el ambiente propicio para el trabajo. Para realizar esta actividad utilizábamos el casette y música especial para relajación y tenía una duración de 10 min., máximo.
- *Etapa de caldeamiento:* El tipo de caldeamiento utilizado con mayor frecuencia consistía en ejercicios de movimiento alrededor de la sala con distintas consignas para cada una de las sesiones y actividades como masaje, juegos... Este tipo de ejercicios favorecía la movilización del grupo y la toma de contacto entre los participantes. Esta etapa tenía una duración de unos 20 min. A partir de estos ejercicios se abría un espacio de comentarios donde se hacía una puesta en común sobre cómo se habían sentido durante la realización de los mismos, obteniendo los temas para trabajar en la sesión además de la elección del protagonista.
- *Etapa de dramatización:* Dependiendo del tipo de protagonista y del tema, elegíamos trabajar con imágenes o directamente con dramatización. Las imágenes eran las más utilizadas y preferidas por los protagonistas. La duración de esta etapa era de entre 15 y 20 min.
- *Etapa de comentarios:* Una vez finalizada la etapa de dramatización, hacíamos una puesta en común sobre lo que había ocurrido en la sesión. Se comentaba sobre lo que había sentido el protagonista, las repercusiones que la escena dramatizada ha tenido en el auditorio y se hacía una devolución por parte de éste al protagonista. Esta etapa duraba entre 10 y 15 min.

Hasta aquí hemos hecho una descripción de la forma en que estaba organizada una sesión de psicodrama. No realizaremos una descripción detallada de cada una de las sesiones, sino que haremos una reflexión global de la experiencia de la práctica retomando algunos de los temas que surgieron y que se trabajaron, así como las dificultades dentro del grupo, entre la unidad funcional y las que de por sí plantea la falta de experiencia.

ANÁLISIS DE DIFICULTADES:

1. Unidad Funcional: Como ya se dijo anteriormente, en un primer momento la unidad funcional estaba compuesta por dos chicas. Durante este período no se había definido el rol de director y el de yo-auxiliar. El papel de director y yo-auxiliar era asumido por una u otra dependiendo de cada etapa de la sesión. De esta forma la relajación siempre era dirigida por una de ellas y el caldeamiento por la otra. Sin embargo durante la dramatización y la etapa de comentarios había un continuo intercambio de papeles. Aunque sabíamos que eso no era lo ideal, esta situación se dio debido a una dificultad en la relación de trabajo de la unidad funcional, poniendo de manifiesto las circunstancias propias de la consolidación de ésta, entre las cuales están la competitividad y falta de confianza en las capacidades del compañero al asumir el rol de director. Consideramos que estas dificultades suelen darse al inicio del establecimiento de la unidad funcional. Una vez incorporada la tercera chica, estas dificultades se hicieron más evidentes al definirse su participación como yo-auxiliar sin alterar la estructura de la unidad funcional previa. Esta situación fue generando una sensación de inconformismo frente al trabajo realizado, por lo que se pidió supervisión. En ella se abordaron los problemas de la unidad funcional y se analizó la posibilidad de rotar el rol de director en cada sesión, con lo cual habría tres directores diferentes. Esta decisión se tomó por la imposibilidad de llegar a un consenso entre los miembros de la unidad funcional. Aunque somos conscientes de que la situación ideal hubiera sido otra y que probablemente se hubieran conseguido mayores logros con el grupo, creemos que la intervención con los ancianos fue beneficiosa para ellos y también para las practicantes.

2. Sesión Psicodramática:

   - Caldeamiento: Teniendo en cuenta que es el primer año de formación y al desconocer distintos temas, el caldeamiento no siempre fue el adecuado para todas las personas, por lo cual se favorecía, sin querer, la participación de uno más

que de otros. Por otro lado, la falta de experiencia dificultó, en muchos momentos, sacar mayor provecho de la etapa de caldeamiento y el consiguiente planteamiento de hipótesis se nos hacía muy costoso.

- Dramatización: Debido a las características propias de este grupo y a la novedad de esta forma de trabajo, la actividad preferida por los ancianos durante esta etapa eran las imágenes. A partir del uso de éstas la unidad funcional puso en práctica técnicas tales como los soliloquios, el espejo, el doble etc., e hizo uso de los objetos intermediarios como recurso de trabajo. Aún así el aprendizaje por parte de los ancianos de lo que significa hacer imágenes y cómo deben hacerse, no fue fácil. En cuanto a la dramatización fue utilizada varias veces. Durante estas dramatizaciones, se manifestaba una carga afectiva mucho mayor que durante la realización de imágenes, por lo que los ancianos se resistían mucho a este tipo de trabajo, sobre todo cuando se dramatizaban temas tales como la muerte.
- Comentarios: En general se daba un compartir entre todos y se observaban también las resonancias en el auditorio de los contenidos evidenciados durante la etapa anterior.

3. Dinámica propia del grupo:
   Al ser un grupo que durante toda la semana está realizando actividades de forma conjunta, se plantean una serie de problemas inherentes a la propia convivencia. Estos problemas, a menudo se convertían en temas a tratar en la sesión. Algunos de ellos estaban relacionados con rol hombre-mujer, amistad, carácter, utilidad dentro del grupo, rivalidad, demandas afectivas o llamadas de atención. Consideramos que cada uno de ellos fue tratado con unos logros positivos en cuanto al funcionamiento del grupo, solucionándose, en muchos casos, la problemática planteada.
   Encontramos que para el grupo eran mejor aceptado los temas relacionados con la amistad en los que se volcaban contenidos positivos de modo que las sesiones en las que estos temas eran tratados, se vivían de manera más entusiasta y con una sensación de mayor bienestar. Por el contrario, temas relacionados con pérdidas de cualquier tipo, la soledad, pareja,

la tristeza, el pasado y el futuro, eran visto por los participantes como algo que podría amenazar su sensación de equilibrio y, por lo tanto, estos temas, se evitaba profundizar en ellos queriendo tapar el dolor y vivir un presente más optimista. Esto refleja la importancia de estos contenidos en ese momento de sus vidas, queriendo vivir una ilusión de felicidad negando las experiencias previas sucesos tristes.

En este sentido, la sesión que más rechazo tuvo entre los participantes fue en la que se trató el tema de la muerte, que tuvo, sin embargo, para el protagonista un efecto muy terapéutico. Esta situación planteó la necesidad de discutir directamente la importancia de trabajar estos contenidos como parte de los objetivos de un grupo terapéutico.

CONCLUSIONES

Nuestro objetivo con este trabajo, más que pretender ilustrar una manera de intervenir, ha estado dirigido a reflexionar sobre las dificultades que se presentan al iniciar un práctica psicodramática.

Es importante destacar que para nosotras ha sido una experiencia muy formativa que nos ha permitido aprender de nuestros errores. El hecho de trabajar con ancianos, al margen de los problemas que plantea, fue una experiencia gratificante por el intercambio afectivo y por las características de este grupo en particular.

En cuanto a nuestra formación, somos conscientes de la importancia que tiene de cara al grupo, definir de manera clara la estructura de la unidad funcional. Esto es importante no sólo por los beneficios que esto reportaría a los miembros del grupo, sino también para la formación en psicodrama de las estudiantes. Creemos que esto será posible en la medida en que la actividad sea vista como un proceso terapéutico y no como una actividad más del grupo sólo con fines lúdicos.

Entre nosotras, como estudiantes en prácticas, existe una satisfacción por los logros obtenidos teniendo en cuenta nuestro grado de formación. En este momento somos capaces de valorar como positivos logros incipientes obtenidos en el proceso, ya que esto es coherente con la formación que hasta ahora hemos adquirido. Esta

práctica nos ha servido para reforzar los conocimientos adquiridos en nuestra formación teórica, al ponernos en contacto con cada una de las situaciones ilustradas en la teoría y que la concretan.

Teniendo en cuenta que todo espacio de prácticas tiene un doble sentido: ofrecer un servicio a un determinado cliente y favorecer la adquisición de habilidades mediante una actividad práctica de personas en formación, se debe procurar que el desarrollo positivo de la unidad funcional vaya a más, favoreciendo con ello los progresos del grupo. Consideramos que esto es posible gracias a un adecuado proceso de supervisión con el que se debe contar durante esta etapa de formación. Es importante señalar que en este caso hemos podido contar con esta valiosa herramienta de formación.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a cada una de las personas encargadas de coordinar las actividades dirigidas a los ancianos en la Huerta de la Salud del Barrio Hortaleza, ya que hicieron posible nuestra práctica ofreciéndonos un apoyo constante, siendo los responsables, en última instancia, de los miembros del grupo de ancianos por el entusiasmo y afecto con que acogieron cada una de nuestras propuestas de trabajo. También queremos agradecer a Pablo Álvarez Valcarce por su particular manera de transmitir conocimientos en el más amplio sentido de la palabra, contagiándonos con su actitud el interés por asumir compromisos más intensos con nuestra formación. Por último, creemos que en nuestro aprendizaje la experiencia de formación junto a nuestros compañeros de estudio ha sido valiosa, ya que juntos hemos dado sentido a los contenidos trabajados durante el curso, compartiendo no sólo una formación teórica sino una experiencia de vida.

ISBN: 84-8468-021-5