

# INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS

*Barcelona Dic 1986*

**III REUNIÓN ESTATAL  
DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA  
DE PSICODRAMA**

*"Psicodrama en la institución"*

*Barcelona, Dic. 1986*

4.º trimestre 1986

Número 106



# Informaciones Psiquiátricas

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

Fundada en 1955 por el Dr. D. Parellada

## DIRECTOR

Dr. T. ARRANZ MUÑECAS

## CONSEJO DIRECTIVO

Dr. J. L. GUTIÉRREZ HERRERO

Dr. J. LÓPEZ DE LERMA

Dr. A. REGO ÁLVAREZ

## ASESORES CIENTÍFICOS

Dr. J. DE AJURIAGUERRA

Dr. S. LEOVICI

## JEFE DE REDACCIÓN

Dr. C. GANOZA GARCÍA

## CONSEJO DE REDACCIÓN

Dr. J. M. ALDAMA DE LLANO

Dr. F. DÍEZ MANRIQUE

Dr. J. GUIMÓN UGARTECHEA

Dr. D. PARELLADA FELIU

Dr. DOMINGO DE G. RODRÍGUEZ-DÍAZ

## COLABORADORES

Doctores: T. Alberdi Berraondo - F. Alonso Fernández - A. J. Alves Palha - S. Ayestarán Simal - L. Berdala - A. Coimbra Aires da Matos - L. De Castro Sánchez-González Infante - A. De Gispert Bosque - M. Díaz Gómez - J. B. Eche Llenas - J. da C. Ferraz Salles - J. A. Figueiredo Lobo Antunes - D. García Tarafa - E. González Cóbrecas - D. Guerre Cerrato - M. Gurría Aizpún - E. Jiménez Martín - A. Linares Maza - M. Linares Pezzi - A. López López - M. Martínez Sierra - J. L. Montoya Rico - M. A. Moré Herrero - J. Ordóñez Sierra - F. Pérez García - L. Perisé Perisé - F. Primo Herrero - J. Sánchez de Vega - A. Seva Díaz - F. Soto Y. - R. Teixeira Lopes - J. Tizón García - P. Valdivia Vilches

## DIRECTOR ADMINISTRATIVO

Dra. T. LÓPEZ BEORLEGUI

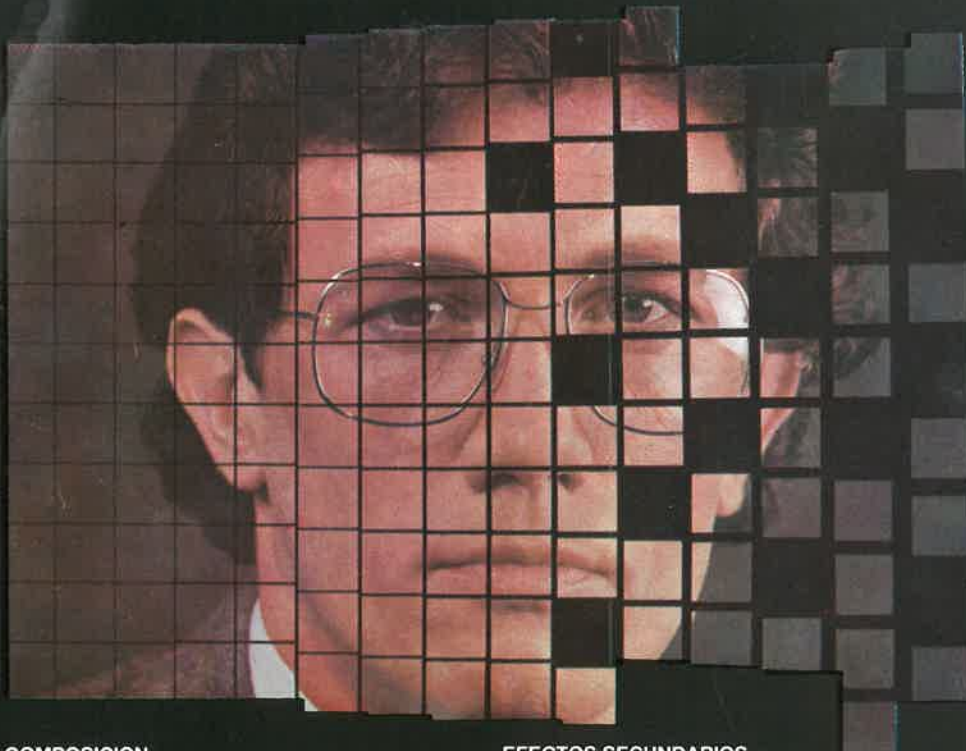
## INSTITUTO PSIQUIÁTRICO FEMENINO

Dr. Pujadas, 41 - San Baudilio de Llobregat - Barcelona - Tels. 661 24 00 y 661 00 62

Depósito Legal. B. 675-58 / EGS - Rosario, 2 - Barcelona

# VISTORA

Antiepiléptico de doble alcance



## COMPOSICION

Cada capsula contiene: Dipirilacetamida 300 mg.  
(con cubierta entérica)

## INDICACIONES

- Epilepsia generalizada:
- Gran mal
- Pequeño mal
- Epilepsias mixtas
- Epilepsia psicomotora
- Otras formas de epilepsias
- Trastornos caracteriales no epilépticos
- Distimias

## POSOLOGIA

En pacientes no sometidos a tratamiento previo: 600 a 900 mg. como tratamiento inicial. En pacientes ya sometidos a tratamiento: 300 a 900 mg. asociados a la medicación anterior. Estas dosis pueden aumentarse en dependencia con la respuesta obtenida. Ciertos enfermos no logran mejoras hasta dosis de 6 capsulas por día y aún superiores.

## CONTRAINDICACIONES

No existe ninguna contraindicación formal.

## EFFECTOS SECUNDARIOS

VISTORA tiene un amplio margen de tolerancia e inocuidad; sin embargo en ocasiones pueden aparecer náuseas, vómitos o epigastralgia. Cuando se administran dosis elevadas asociadas o neuropsicotrópicos pueden aparecer somnolencia o hipotonia.

## INCOMPATIBILIDADES

Puede asociarse a cualquier tipo de medicación. No obstante, cuando se administra conjuntamente con otros agentes neuropsicotrópicos potencia de forma manifiesta sus efectos, ya sean estimulantes o depresores. Si aparecen efectos indeseables consecuentemente a la acción potenciadora, simplemente la disminución de la medicación asociada los hará desaparecer.

## INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

En caso de intoxicación se procederá a un lavado gástrico y al tratamiento sintomático correspondiente.

## PRESENTACION Y PRECIO

VISTORA 30 cáps. 528,- Ptas. VISTORA 60 cáps. 913,- Ptas.



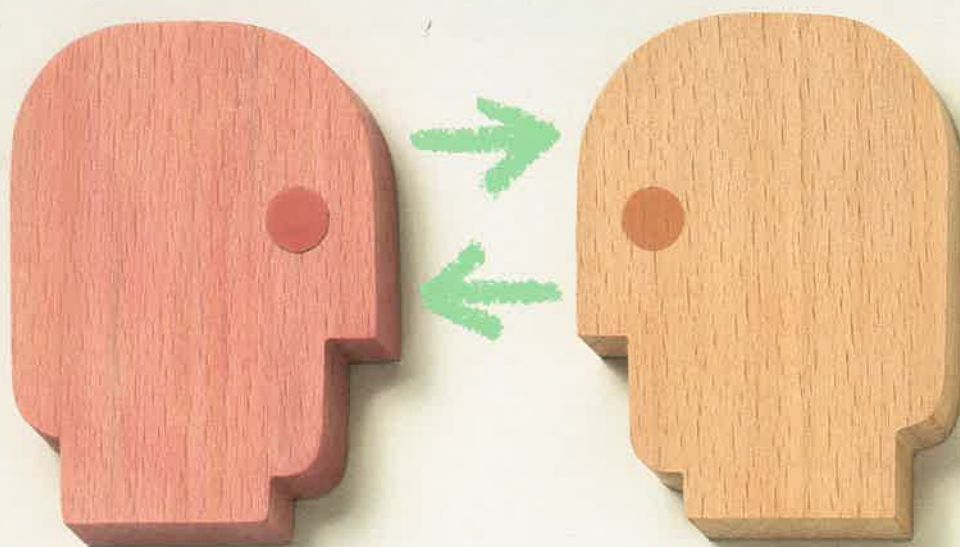
Laboratorios VITA, S.A. Avda. Barcelona, 51 SAN JUAN DESPI - Barcelona

Por sus efectos ansiolítico y sedante  
y su buena tolerancia

# Meleril®

está especialmente indicado  
en los trastornos de conducta en  
niños y ancianos

Ribas | Cruas | disempeñados



## Indicaciones

- Trastornos de conducta (agitación, irritabilidad, tensión, insomnio, etc.), en Paidopsiquiatría y Gerontopsiquiatría
- Trastornos del comportamiento en oligofrénicos, epilépticos y alcohólicos
- Esquizofrenia simple, paranoide y residual
- Psicosis involutiva y arteriosclerótica
- Síndromes depresivos que acompañan a la psicosis
- Cuadros mixtos de ansiedad y depresión.
- Psicosis alcohólica.

## Presentación y composición

MELERIL-50. Envases con 50 y 500 grageas, P.V.P. (IVA) 307 ptas y 2.040 ptas

MELERIL-100. Envases con 25 y 500 grageas, P.V.P. (IVA) 303 ptas y 4.034 ptas

MELERIL-200 Retard. Envase con 30 comprimidos, P.V.P. (IVA) 569 ptas

Composición: Tioridazina. MELERIL-50. 1 gragea = 50 mg. MELERIL-100. 1 gragea = 100 mg. MELERIL-200 Retard. 1 comprimido = 200 mg

## Contraindicaciones

Estados de depresión del SNC, precoma o coma. Alteraciones retinianas previas. Hipertensión o hipotensión con trastornos cardiacos graves. Sensibilidad a las fenotiazinas. Discrasias sanguíneas.

## Efectos secundarios

Sedación, sequedad de boca, trastornos de la acomodación, vértigos, hipotensión ortostática, congestión nasal. Ocasionalmente galactorrea, exantemas alérgicos, fotosensibilización, incontinencia urinaria y trastornos de la eyaculación. Pueden aparecer síntomas extrapiramidales pero son poco frecuentes. Se ha descrito algún caso de disquinesia tardía después de trat prolongados con dosis elevadas. A dosis muy elevadas, cambios en la repolarización, tales como prolongación del intervalo Q-T, aplanamiento de las ondas T y aparición de ondas U, que ocurren con mayor frecuencia en presencia de bajos niveles de potasio en sangre. Puede inducir arritmias, aunque raras veces. Se han descrito retinopatías pigmentarias solamente

en trat prolongados con dosis superiores a la máxima recomendada de 800 mg/día.

## Posología orientativa

Psiquiatría geriátrica: 50-300 mg/día

Psiquiatría infantil: 50-300 mg/día

Psiquiatría ambulatoria: 100-200 mg/día

Psiquiatría hospitalaria: 200-600 mg/día



Sandoz S.A.E. Apartado 708 Barcelona

# SEVRIUM

(Tetrabamato)

## ● Desintoxicación alcohólica

Desde la cura ambulatoria al tratamiento hospitalario del síndrome de privación

## ● Reducción de la apetencia

Mejora la perseverancia del paciente en el período de deshabitación



**Amplias posibilidades de tratamiento por su gran flexibilidad posológica**

#### Composición cuantitativa:

Cada comprimido contiene:

Tetrabamato ..... 300 mg

Excipiente ..... c.s.

#### Indicaciones

Tratamientos de desintoxicación y, en particular, en los síntomas siguientes: Ansiedad, irritabilidad, excitación, Hiperemotividad, Temblor, Agressividad, Apetencia al tóxico.  
La excelente tolerancia de SEVRIUM permite curas breves o prolongadas según las necesidades.

#### Posología

La dosis media oscila entre 3 y 4 comprimidos al día. Como tratamiento de ataque se pueden utilizar dosis de 6 comprimidos al día o más.

Una vez conseguido el efecto deseado, la dosis mínima de mantenimiento es de 2 comprimidos al día, permitiendo de este modo evitar las recaídas. La dosis total diaria se repartirá en 2 ó 3 tomas, cada 12 u 8 horas, respectivamente.

#### Contraindicaciones y precauciones

Graves insuficiencias hepáticas o renales.

#### Interacciones

En general no se deberá utilizar asociado a psicofármacos sedantes o tranquilizantes.

#### Efectos secundarios

La incidencia de efectos secundarios es la siguiente:

En un 13,75 % de los casos tratados apareció somnolencia más o menos marcada en los tres primeros días de tratamiento, que obligó a la supresión del mismo en el 2 % de los pacientes.

En el 4,57 % se apreció ligera euforia.

En el 1,43 % aparecieron trastornos dispépticos.

En general la tolerancia del producto es excelente. En cuanto a los exámenes de laboratorio, no se han evidenciado variaciones en las pruebas funcionales (hepáticas, renales, etc.) realizadas.

#### Intoxicaciones y su tratamiento

Si por sobredosis el tetrabamato produjera alguna intoxicación, el tratamiento debería ser el siguiente:

1) Mantenimiento de las constantes vitales.

2) Depuración del fármaco: a) digestiva: eméticos o inducción mecánica al vómito, lavado gástrico, enemas, carbón activado. b) renal: diuresis osmótica y alcalinización de la orina. Diálisis peritoneal o hemodialisis. Hemoperfusión.

En el caso de una intoxicación grave debe remitirse al paciente a un centro hospitalario adecuado.

#### Condiciones de conservación

No precisa de condiciones especiales para su conservación.

#### Presentación

Se presenta en envase de 40 comprimidos.

P.V.P. 923.— Ptas. 1/.

Registrado en la D.G.F.M. con el n.º 55.088.

**L.V. Laboratorios Viñas sa**

Provenza, 386, 5ª planta tel. 207 05 12 08025 Barcelona Irún, 9 tel. 248 14 24 28008 Madrid

# Deftán® 70

Lofepramina

facilita el tratamiento ambulatorio de la depresión

- Devuelve el impulso vital
- Restablece la comunicación
- Normaliza el rendimiento
- Posee un amplio margen de seguridad



**Composición cuantitativa:** Cada tableta laqueada contiene Lofepramina (D. C. I.) (clorhidrato), 70 mg; Excipiente, c. s. El principio activo de Deftán 70 es el clorhidrato de lofepramina (clorhidrato de 3-Aaa-4'-cloro-3-metil-6-[10, 11-dihidro-5H-dibencen [b, f] azeptinil-(5)-hexanofenona). **Indicaciones:** Depresiones de diversa índole, bien endógenas o reactivas, climáticas, seniles, así como depresiones larvadas (manifestaciones somáticas tras las que se oculta una depresión). También está indicado en la fase depresiva de la psicosis maníaco-depresiva. **Posología y modo de empleo:** La dosificación, al igual que ocurre con otros preparados antidepresivos, debe adecuarse, según criterio médico, a la situación individual del paciente, dependiendo de la gravedad de la depresión y de la reaccionabilidad del enfermo ante la medicación. Por lo general, se iniciará el tratamiento con 140 mg al día. Esta dosis puede aumentarse en días sucesivos hasta 210 mg al día. Una vez alcanzada la respuesta terapéutica deseada, puede reducirse la dosis a la que se considere como de mantenimiento (generalmente 140-210 mg). En ancianos o adolescentes, se recomienda iniciar el tratamiento con 70 mg al día (1 tableta de Deftán 70). La dosis de mantenimiento puede administrarse cada 24 horas. En los casos más graves, y en enfermos hospitalizados, la dosis se puede elevar hasta 280 mg al día manteniéndose esta dosificación por corto tiempo y reduciéndola, posteriormente, a la dosis de mantenimiento. Las tabletas se tomarán con un poco de agua, durante o después de las comidas. **Contraindicaciones y precauciones:** Glaucoma, hipertrofia prostática con retención urinaria, trastornos cardiovasculares graves. A pesar de no haber indicios de efecto teratogénico, no es recomendable su uso indiscriminado en el embarazo. Los pacientes epilépticos deben ser controlados regularmente por el médico durante el tratamiento con Deftán 70. **Interacciones:** En los casos en los que por la sintomatología del paciente se considere necesaria la asociación de Deftán 70 con tranquilizantes, hipnóticos y neurolepticos, con fines terapéuticos, las dosis deben ajustarse, en previsión de una posible potenciación de efectos. Deftán 70 puede atenuar los efectos de los fármacos antihipertensivos del tipo guanetidínico. Deben controlarse estrictamente los pacientes en trata-

mientos simultáneos con fármacos que contengan catecolaminas. **Incompatibilidades:** No debe asociarse a antidepresivos del grupo IMAO; en pacientes que hayan estado en tratamiento con este tipo de fármacos, se recomienda un periodo libre de medicación de 14 días antes de iniciar el tratamiento con Deftán 70. Como en todo tratamiento con fármacos psicoactivos, se recomendará a los pacientes abstenerse de ingerir bebidas alcohólicas. **Efectos secundarios:** En algunos casos, al comienzo del tratamiento y en relación con la dosis, pueden presentarse molestias pasajeras, como sequedad de boca, sudoración, estreñimiento, mareos, cansancio, cefaleas, las cuales desaparecen al reducir la dosis sin necesidad de interrumpir el tratamiento. Puede observarse temblor, palpitaciones, erupciones cutáneas e insomnio. A pesar de la escasa influencia sobre la capacidad de reacción y concentración del individuo, y de que esta influencia es netamente inferior que la de otros tricíclicos, en pacientes bajo tratamiento con Lofepramina debe considerarse dicha eventualidad en la conducción de vehículos o máquinas peligrosas. **Intoxicación y su tratamiento:** La intoxicación aguda por ingestión masiva del preparado da lugar a fenómenos de bloqueo vagal (taquicardia, dilatación pupilar, retención de orina), agitación, alucinaciones, fiebre y, en casos más graves, mioclonias, movimientos coreoatetósicos, arritmias cardíacas y coma. El tratamiento consistirá en inyección endovenosa de 2 mg de fisostigmina, que puede repetirse en las horas siguientes. Junto a ello, es necesario la eliminación del fármaco de la vía digestiva (lavado de estómago, carbón activado, purgante salino, etc.). Pueden ser precisas medidas reanimadoras que aconsejen la hospitalización del paciente. **Presentación:** Envase con 30 tabletas laqueadas. P.V.P. IVA 1.097,- Ptas.

**MERCK**

Concesionaria para España: IGODA S.A. Apdo. 47 - Mollet del Vallès (Barcelona)



L. H.



# LEMBROL®

## Composición cuantitativa

Lormetazepam ..... 1 mg.  
Excipiente, c.s.p. .... un comprimido.

## Indicaciones

Insomnio. Alteraciones del sueño.

## Posología

Usualmente 1 mg. (un comprimido) como dosis única, de 15 a 30 minutos antes de acostarse.

En ancianos y personas debilitadas 0,5 mg. (medio comprimido) en las mismas condiciones.

En casos de insomnio severo, y siempre a estricto criterio médico, pueden doblarse las dosis indicadas. No se recomienda la utilización en niños.

## Contraindicaciones

Miastenia grave. Glaucoma de ángulo cerrado. Hipersensibilidad al medicamento o benzodiacepinas en general.

## Precauciones

Como todas las benzodiacepinas, la suspensión brusca de un tratamiento prolongado puede dar lugar a un síndrome de abstinencia semejante al producido por alcohol o barbitúricos. Se han descrito asimismo casos de «insomnio de rebote» tras suspensión brusca de tratamientos con hipnóticos.

Por estas razones la suspensión del tratamiento con lormetazepam deberá hacerse siempre en forma gradual. Se procurará limitar la duración de los tratamientos y se empleará con precaución en antecedentes de abuso de psicofármacos.

Por la posibilidad de efecto residual al día siguiente, los pacientes tomarán precauciones al conducir, manejar maquinaria peligrosa o ejecutar otras tareas donde la falta de concentración pueda originar un accidente. En pacientes con cuadros depresivos severos, las benzodiacepinas podrían originar un agravamiento de la sintomatología.

No existe experiencia de uso en embarazo o lactancia. Se recomienda no utilizar lormetazepam en tales casos, salvo que, a estricto criterio médico, el beneficio compense los posibles riesgos.

## Interacciones

El alcohol, sedantes, antihistamínicos, analgésicos y otros medicamentos depresores centrales pueden potenciar el efecto del lormetazepam sobre el S.N.C.

## Efectos secundarios

En general es bien tolerado. Pueden aparecer al despertarse cefaleas, somnolencia o vértigos (ver Precauciones). Raramente erupciones cutáneas o molestias gastrointestinales.

## Intoxicación y su tratamiento

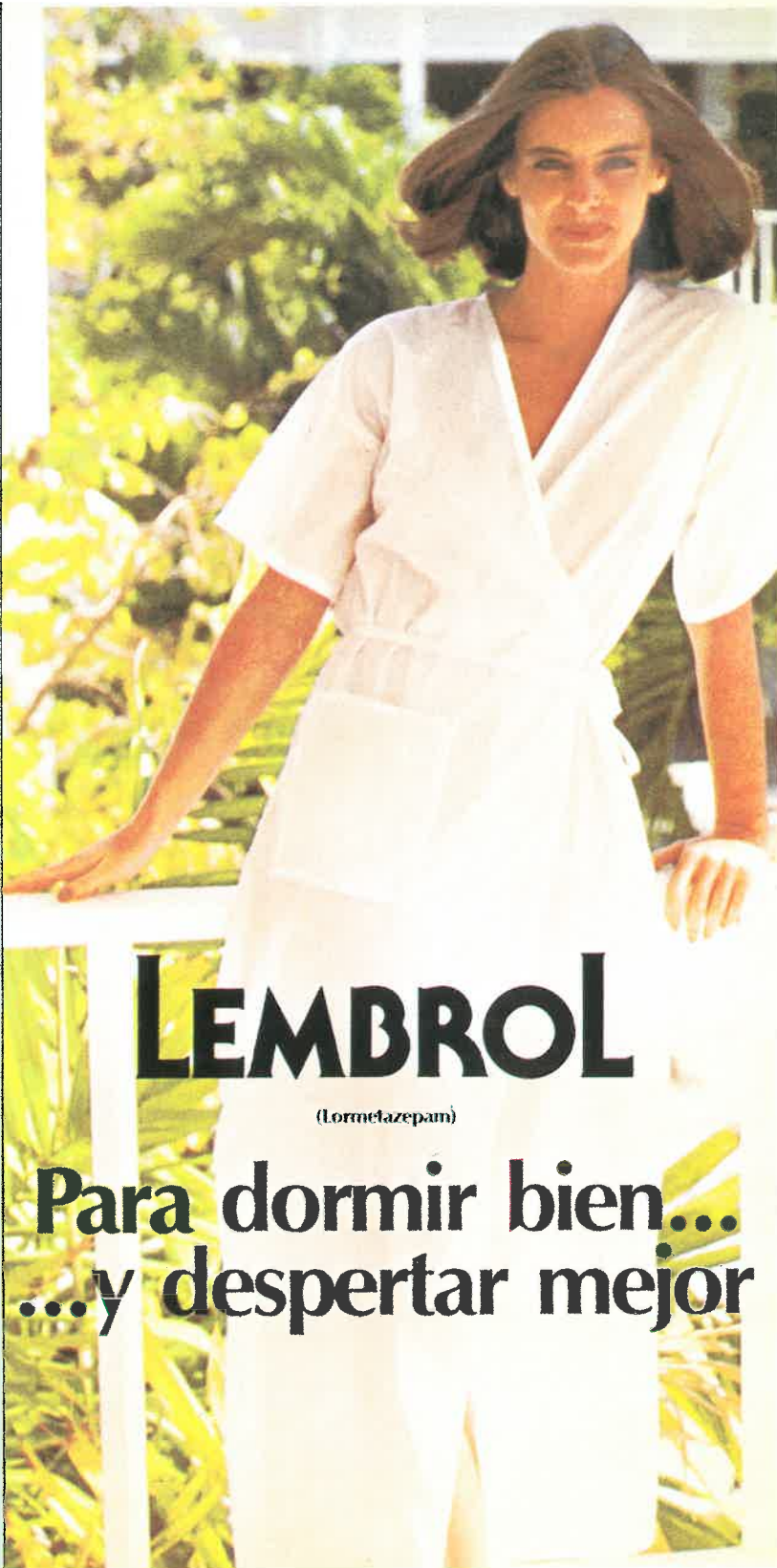
El margen de seguridad de las benzodiacepinas es muy alto. En caso de intoxicación masiva se procederá a lavado gástrico. Se tomarán medidas para asegurar el mantenimiento de la función respiratoria y se instaurará tratamiento sintomático.

## Presentación

LEMBROL se presenta en cajas con 20 comprimidos ranurados  
P.V.P. I.I. 270,— Ptas.

**LVI** Laboratorios Viñas sa

Provenza, 386. 5ª planta tel. 207 05 12 08025 Barcelona  
Irun, 9 tel. 246 14 24 Madrid



# LEMBROL

(Lormetazepam)

Para dormir bien...  
...y despertar mejor

# Informaciones Psiquiátricas

---

N.º 106 / 4.º trimestre 1986

---

## **NORMAS DE PUBLICACIÓN**

1. Los trabajos, originales e inéditos, deberán ser enviados a la redacción en tamaño folio, mecanografiados a dos espacios y sin limitación de extensión, tratando temas de Psiquiatría en cualquiera de sus vertientes, biológica, psicológica o sociológica.
2. Deberán ser acompañados de un resumen breve para ser traducido a otros idiomas por parte de la Redacción.
3. A cada autor, aparte de su remuneración económica, se entregarán 25 separatas gratuitamente.
4. Los trabajos se acompañarán del nombre y apellidos del autor así como de su domicilio.
5. Todos los trabajos irán acompañados de bibliografía con arreglo a las normas internacionales.
6. De cada trabajo deberán ser enviados dos ejemplares, el original y una copia.
7. El Consejo Directivo no se identifica obligatoriamente con el contenido de los originales firmados.

# PSICODRAMA en la INSTITUCION



III REUNION ESTATAL DE LA ASOCIACION  
ESPAÑOLA DE PSICODRAMA

BARCELONA,  
6 y 7 de Diciembre de 1986

ORGANIZA: Asociación Española de Psicodrama  
Avda. Diagonal, 598 - pral. 1a.  
08021 BARCELONA



# III REUNIÓN ESTATAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSICODRAMA

## COMITÉ ORGANIZADOR

### *Coordinación*

RUTH TARQUINI

### *Secretaría Finanzas*

ALBA JUANOLA MANENT  
FERRAN SENTÍS VAYREDA

### *Secretaría Difusión*

JEANINE ESCORNE FIOLE  
JUAN CARLOS URÍSAR LEIVA

### *Secretaría Científica*

MAGDA BOSCH VERDAGUER  
SERGIO CANADÉ  
FRANCISCO GARCÍA LLORENS  
ROSA MASIP ARGILAGA  
LEONARDO SATNE

### *Secretaría Relaciones Públicas*

MARÍA DEL CARMEN JIMÉNEZ  
RAFAEL LUNA SAZATORNIL  
SOFÍA MARTÍN FLORENCIO  
MARÍA DE LAS MERCEDES MAYORGA

La Secretaría Científica de la III Reunión Estatal de la A.E.P. ha aceptado todos los trabajos presentados pertenecientes a diferentes líneas teóricas y prácticas psicodramáticas, y su función ha sido la de ordenar dichos trabajos en las distintas actividades científicas.

Cada autor se hace responsable del contenido de su trabajo.



---

## ÍNDICE

---

### COMUNICACIONES A LA PONENCIA

- 309 PSICODRAMA E INSTITUCIÓN  
JOSÉ LUIS MORENO CHAPARRO y MARA SÁNCHEZ MUR
- 317 PSICODRAMA CON PSICÓTICOS CRÓNICOS:  
LA RECUPERACIÓN DE LA PALABRA  
Y EL CUESTIONAMIENTO DE LA INSTITUCIÓN  
RUTH TARQUINI
- 327 LO REAL EN PSICODRAMA: DE LA CATARSIS  
A LA REPRESENTACIÓN SIMBÓLICA  
MAGDA BOSCH I VERDAGUER
- 335 PSICODRAMA Y PSICOSIS  
MERCEDES OLMO ANDREU
- 347 PSICODRAMA EN LA INSTITUCIÓN DE CURA  
MARIO POLANUER
- 351 UNA FORMA DE ABORDAJE TERAPÉUTICO  
DESDE EL PSICODRAMA PSICOANALÍTICO  
EN UN CENTRO DE DÍA  
ROSA ORDÓÑEZ, LILIANA LAMPENFELD y ANA SANJURJO
- 355 LA PRÁCTICA DEL PSICODRAMA EN LAS INSTITUCIONES  
JOSÉ ANTONIO ESPINA BARRIO
- 361 LA TÉCNICA DEL CUENTO GRUPAL  
EN EL PSICODRAMA INSTITUCIONAL  
BLANCA LUSILLA y SUSANA BAER MIESES
- 369 EXPRESIÓN: UN DRAMA PARA EL ESQUIZOFRÉNICO  
A. PINTADO CALVO, A. P. CHINCHILLA MARÍN, A. PELÁEZ DÍAZ y L. VILA PILLADO

- 377 EL ROL DE PSICÓLOGO APRENDIDO Y DRAMATIZADO  
EN LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
SERGIO CANADÉ y EILEEN WIELAND
- 381 EL ROLE-PLAYING EN LA BÚSQUEDA DE EMPLEO EN EL INEM  
JUAN CARLOS URÍSZAR

### **ASPECTOS FORMATIVOS DEL PSICODRAMA EN LA INSTITUCIÓN**

- 387 SUPUESTOS BÁSICOS EN FORMACIÓN EN PSICODRAMA  
JOSÉ MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ
- 389 PSICODRAMA FREUDIANO: ANÁLISIS DE LA RELACIÓN CON EL «OTRO»  
ROSA MASIP ARGILAGA
- 393 EXPERIENCIA EN FORMACIÓN GRUPAL  
DEL EQUIPO DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA  
DE REHABILITACIÓN DE TOXICÓMANOS  
DE LA COMUNIDAD DE MADRID  
ELISA LÓPEZ BARBERA, FRANCISCO DELGADO, AMELIA CORDERO y JOSÉ DÍAZ
- 399 ASPECTOS FORMATIVOS DEL PSICODRAMA EN LA INSTITUCIÓN  
RUTH TARQUINI

### **COMUNICACIONES LIBRES**

- 403 EXPERIENCIAS PSICODRAMÁTICAS  
EN DISTINTOS MARCOS INSTITUCIONALES  
MARA SÁNCHEZ MUR y J. L. MORENO CHAPARRO
- 407 EL PSICODRAMA EN LA TERAPIA DE FAMILIA  
SUSANA BAER, ELISA LÓPEZ BARBERA, BLANCA LUSILLA y DANILO UBRI
- 411 JUEGO, CREATIVIDAD Y CLÍNICA  
FRANCISCO GARCÍA LLORENS
- 413 AIRE, TIERRA, AGUA, FUEGO: UN SEMINARIO DE INTRODUCCIÓN  
AL PSICODRAMA CON PSICÓTICOS, UTILIZANDO OBJETOS  
INTERMEDIARIOS SIMBÓLICOS  
FRANCISCO DELGADO MONTERO
- 417 UNA EXPERIENCIA DE PSICOMOTRICIDAD RELACIONAL EN INSTITUCIÓN  
AURORA GIL y CAMINO URRUTIA



*Comunicaciones  
a la ponencia*



---

# PSICODRAMA E INSTITUCIÓN

---

JOSÉ LUIS MORENO CHAPARRO  
MARA SÁNCHEZ MUR

La relaciones entre los aspectos institucionales y los psicológicos-psiquiátricos, tienen una larga historia. En el inicio mismo de la Psiquiatría como Ciencia, se plantea la característica asilar, institucional, de la asistencia y ello constituye el primer escollo a salvar. Desde aquella imagen histórica de PINEL, rompiendo las cadenas en la Salpêtrière, hasta nuestros días, las *cadena institucionales* y sus consecuencias han estado presentes. Es a partir de la II Guerra Mundial cuando comienzan a proliferar las comunicaciones sobre las consecuencias patológicas de la Institución y surgen los conceptos de *estupor de prisión* de MYERSON<sup>1</sup> en 1939, el de *reacción de apatía* de BETTELHEIM<sup>2</sup> en 1943, *hospitalismo* de SPITZ<sup>3</sup> en 1945, *institucionalismo psicológico* de SYLVESTRE en 1948<sup>4</sup>, *institucionalismo* de MARTIN<sup>5</sup> en 1955, *dependencia institucional* de COSER<sup>6</sup> en 1956 y *neurosis institucional* de BARTON<sup>7</sup> en 1959, desembocando en el ya clásico estudio de GOFFMAN<sup>8</sup> sobre las relaciones de la Institución con el paciente psíquico.

Pero todo ello no es más que el inicio de un largo camino. Tras estas denominaciones lo que se oculta es un factor patógeno que todavía hoy no ha podido ser aprehendido en su totalidad: la Institución. En este, como en otros campos, la Psicopatología tiene que recurrir a otras Ciencias, aquí la Sociología, para intentar la conceptualización del térmi-

no. Término que no es demasiado claro. RENÉ LOURAU lo ha denunciado<sup>9</sup> por su carácter polisémico, equívoco y problemático y GEORGE LAPASSADE lo critica por su ambigüedad<sup>10</sup>. Efectivamente, FRANÇOIS PETIT señala al menos cuatro significados distintos de la palabra Institución<sup>11</sup>:

1.º Establecimiento u Organización, acepción empleada generalmente en la terminología psiquiátrica y psicoterapéutica. Si bien introduce el error de confundir la estructura con el motor generador del impulso, es quizás el que ha sido consagrado por el uso.

2.º La conceptualización clásica que se deduce de la definición de MENDRAS<sup>12</sup>: «Conjunto de normas que se aplican a un sistema social y que definen lo que es legítimo y no en dicho sistema».

3.º Nivel de realidad social que define cuanto está establecido. Desde el Estado, que da a las Instituciones fuerza de Ley, hasta otros niveles de realidad social.

4.º Inconsciente político de la Sociedad, definido así por LAPASSADE, para el cual la Institución equivale en el campo social a lo que es el inconsciente en el campo psíquico<sup>13</sup>.

Si bien vamos a seguir en nuestro discurso el contenido habitual de la primera acepción, no olvidaremos lo apuntado en las otras tres. Tómese, sin embargo, la definición que se tome, lo cierto es que la consideración de la realidad estructural profunda de la Insti-

tución resulta imprescindible para que nos acerquemos al concepto desde cualquier abordaje, ya sea fenomenológico, descriptivo, psicopatológico, dialéctico, sociológico, histórico-clínico, psicoanalítico, culturalista, desde la Teoría de Campo de LEWIN, o psicodramático.

Realmente la interpretación estructural puede ser considerada desde diversas teorías y podríamos resumir las que han pretendido hacer un análisis de las Instituciones como agrupadas en tres tipos:

1.º Las teorías clásicas o racionalistas, nacidas a finales del siglo XIX, cuya expresión más característica es la Organización Científica del Trabajo de TAYLOR<sup>15</sup> y para las cuales, en todo problema, es posible hallar una solución óptima. El hombre es considerado como dos brazos para la ejecución de tareas, activados por un incentivo económico o una presión ideológica. El modelo institucional ideal está representado por una máquina cuyas ruedas ajustan perfectamente.

2.º Las teorías llamadas de las relaciones humanas, que engloban los criterios de especialistas como ELTON MAYO, JACOBO LEVI MORENO y KURT LEWIN, que señalan la importancia de la afectividad y el clima del grupo en la percepción y por ende en la eficacia. En ellas el hombre es visto como *un corazón* y la imagen ideal de la Organización es la de una familia feliz.

3.º Las teorías de la organización como sistema abierto y del agente complejo y autónomo. Surgidas en los años cincuenta, tienen tres ideas fundamentales: la Organización es un sistema en interacción con el ambiente, que se compone de diferentes elementos que mantienen entre sí un mínimo de cooperación para alcanzar a la vez objetivos comunes y objetivos propios de cada uno de los elementos. El hombre es considerado como un agente complejo y autónomo; no sólo está determinado por motivaciones económicas o impulsos afectivos o normas de grupo, sino que también da pruebas de una inteligencia y racionalidad limitadas, según el concepto de CROZIER<sup>16</sup>. El individuo y el grupo no se entregan pasivamente a determinismos económicos, psicológicos o sociales, son actores interactuantes en el sistema.

Podría objetarse, a este nivel, que estamos universalizando el concepto de Institución u Organización, sin que haya sido definida la

identidad de todas las instituciones. Efectivamente, creemos que es posible hablar de una tipología de las instituciones en función de los objetivos. Nos apresuramos a señalar que el objetivo es algo a lo que se aspira, algo que tal vez sea alcanzado algún día, distinguiéndolo del concepto de fin, que sería una prestación continua y del de función, que es una contribución concreta en una situación determinada. Un ejemplo aclarará la terminología: la Institución-Universidad tiene como objetivos la Enseñanza y la Investigación, entre sus fines se encuentra la difusión de la Cultura, pero una de sus funciones sería, por ejemplo, el servir de vehículo para la elevación en la escala social.

En función de los objetivos distinguiremos tres tipos de Organizaciones:

1.º Aquellas cuyo objetivo es la coexistencia de sus miembros. La adscripción de estos suele tener carácter voluntario, la estructura es democrática, poco diferenciada y los roles no están bien definidos.

2.º Aquellas cuyo objetivo es la actuación de una manera determinada sobre un grupo de personas, admitidas para este fin, al menos transitoriamente, en la misma. Se estructuran en un mínimo de dos grupos: superior e inferior, existiendo entre ellas una línea divisoria tajante. En el grupo superior predomina la burocratización y la organización racional. Obviamente, utilizamos el término superior o inferior como sinónimo de *dotado de poder*.

3.º Aquellas cuyo objetivo es el logro de unos ciertos resultados o una acción dirigida hacia afuera. En él encontramos tres subgrupos diferenciados:

a) Aquellas en que los miembros se identifican con el objetivo, hasta el punto de contribuir con la Institución sin obtener a cambio ventajas personales directas (asociaciones benéficas).

b) El objetivo de la Organización puede identificarse con el interés personal de los miembros (cooperativas).

c) Los miembros sirven al objetivo porque su cooperación les reporta beneficio, pero no se identifican forzosamente con el mismo (empresas).

Las características de la estructura varían sensiblemente con arreglo a los objetivos pre-

vistos; así el modelo 1.º y los subgrupos *a* y *b* suelen tener estructuras democráticas mientras en el modelo 2.º y el subgrupo *c* predominan las estructuras jerarquizadas, con mandos de arriba a abajo.

Desde una posición ecléctica, podríamos resumir lo expuesto hasta ahora, señalando que la Institución puede ser considerada como una estructura sistémica cuyos modelos de relación entre subsistemas y elementos es variable según los objetivos previstos.

Esta visión analítica no debe conducir al error de considerar la Institución como algo estático, bien al contrario, debe ser entendida como un equilibrio dinámico entre tres factores que han sido denominados por PAUL CAREDAN<sup>17</sup>, lo instituido, lo instituyente y la institucionalización. Lo instituido designa lo que está establecido, el conjunto de valores y normas dominantes, de estatus y de roles, de leyes que fundamentan el orden social. Tienen pretensión de universalidad, de perennidad y de verdad, lo que le convierte en una fuerza conservadora. Por el contrario, lo instituyente define la fuerza de protesta frente a lo instituido y se manifiesta haciéndole caer en la máscara de universalidad, perennidad y verdad. La institucionalización consiste en la recuperación de la fuerza innovadora de lo instituyente por lo instituido; aparecen reglas nuevas, pero al fin y al cabo, ellas permiten que la Institución se perpetúe. Por tanto, la Institución aparece a la luz de la concatenación dialéctica de las tres fases, como el producto de la Institucionalización surgida de la confrontación fundamental y permanente entre lo instituido y lo instituyente.

Cabría preguntarse cuál es la posición del individuo en este contexto dinámico de fuerzas. Dicho de otra forma, cuál es la relación del individuo con la Institución.

Debe tenerse en cuenta que la posición inmersa del individuo le impide obtener algo más que una visión parcial de la estructura, lo que se complica con el hecho de que, generalmente, la Institución sólo deja captar una parte de sí misma.

En resumen, la imagen es obtenida por el individuo a través de mecanismos sensoriales y cognoscitivos limitados. Pero además,

lo que está puesto a su alcance lo ve, escucha y vive a través de sus representaciones inconscientes y de sus motivaciones personales. Así pues, los modos operativos o racionales surgidos del sistema (bien sea de su estructura formal o informal) tienen una función inconsciente que se añade a su función manifiesta<sup>18</sup>.

La Institución somete al individuo a dos fuerzas: una tendente a la unidad (unificación de esfuerzos indispensables para la consecución del objetivo) y otra a la diversidad (resultante de la distribución de funciones para el aumento de la eficacia). La situación en esta doble tensión conlleva el riesgo de una angustia de parcelación y una pérdida de identidad. El mecanismo de defensa se realiza a través de la propia fuente de angustia, la Institución. Eso explica lo señalado por JEAN CLAUDE ROUCHY<sup>19</sup>, el cual ha señalado que es posible ver a la Institución como un «útero donde alojarse (...) o al contrario, una imagen destructora que da consistencia a las propias angustias y facilita la producción de sus pulsiones agresivas».

La lucha entre los contenidos fantasmáticos señalados y la presión ejercida por la Institución para incrementar su eficacia, puede ser contemplada como la presión para el desempeño de un rol y la mayor o menor dificultad del individuo para asumirlo. Desde el enfoque de la teoría de campo de KURT LEWIN, ha elaborado MARTÍ-TUSQUETS<sup>14</sup> una hipótesis en la que considera la realidad institucional como una estructura en la que se constituyen sistemas de reacción interdependientes, generadores de campos de fuerza psicológicos responsables de comportamientos apráxicos de los participantes. Las situaciones encaminadas a un objetivo se acompañan de una cierta tensión que tenderá a liberarse, esto es, a hacerse cero, cuando el objetivo sea conseguido. De ahí la importancia de los objetivos en las situaciones institucionales. Naturalmente estos sistemas de tensión se desarrollan y son variables según el espacio vital. Son posibles, por otro lado, tres niveles distintos de actuación: de autonomía, de interdependencia y comunitario. La consecuencia de todo ello será que el individuo, dentro de la estructura profunda institucional, queda adscrito y sumergido en la posición, lugar,

función y valor que ésta le señala, de tal manera que se siente impelido a la realización de su rol con todos los investimentos que lo imaginario de la Institución le confiere en cuanto poder, prestigio, habilidad técnica, cualificación ética y profesional. Cada grupo queda, pues, marcado por un signo. Este signo que se le confiere a cada grupo o a cada individuo dentro de la Institución, se transforma en rol en el momento en que debe relacionarse con otro individuo, a su vez signo dentro de la significación semiológica general de la Institución, y rol en la interrelación personal con los otros.

Puede desprenderse de todo ello, como punto primordial para la comprensión de la estructura social de la Institución, el estudio de los roles que desempeñan los miembros. Una cuestión previa sería establecer el paralelismo o divergencia entre la concepción sociológica de rol y su acepción psicodramática.

En su Sociología de la Organización, MAYNTZ<sup>20</sup> define el rol como «complejo de normas o de expectativas sociales de un puesto determinado». Si recordamos que MORENO señala la raíz colectiva de los roles sociodramáticos y afirmaba «toda cultura está caracterizada por un cierto repertorio de roles que impone con un grado variable de éxito a cada uno de sus miembros»<sup>21</sup>, el paralelismo resulta tan evidente que adquiere visos de identidad.

La toma de conciencia de las características del rol y su desempeño dentro de la Institución por el individuo, plantea a éste una serie de dificultades. En primer lugar las características del rol a desempeñar pueden ser aprehendidas por el individuo fuera del marco institucional; piénsese, por ejemplo, en la elaboración interna de los roles profesionales durante el período de formación. También es posible que la Organización dé al individuo instrucciones verbales o escritas sobre las características del rol que choquen frontalmente con la propia concepción del mismo que posee el individuo. A veces son los propios compañeros los que directamente dan información sobre las características de un determinado rol, o en diferentes expectativas jerárquicas, por no señalar el más común, sencillo y simple de los problemas: la sobrecarga de roles (roles overload)<sup>22</sup>. Como pue-

de verse, la posibilidad de conflictos en la asunción de roles es altísima. Pero es señalada por numerosos autores, la relación directa entre la eficacia de una Institución y la ausencia de conflictos en la asunción de los roles. Así pues, digamos que uno de los puntos fundamentales dentro de la dinámica interna de la Institución consiste, precisamente, en el tema de los roles a desempeñar.

El propio MORENO indica cómo el rol sugiere un modelo de conducta y un creador o dramaturgo, pero también un actor que lo representa. El actor, en la representación del rol socialmente impuesto, debe suprimirse, eliminarse, en cuanto persona privada, de la existencia oficial. Pero el grado en que el rol sustituye a la persona es crónicamente incompleto, generando el denominado por MORENO «conflicto primario entre rol y persona»<sup>23</sup>.

Por otra parte, en relación con la asunción de roles, se han señalado tres categorías: receptor, intérprete y creador de roles; según puedan ejercer menor o mayor grado de libertad y de espontaneidad en el desempeño del mismo. Resulta obvio que, dentro de la Institución, el individuo tiende a ser categorizado como receptor o intérprete de roles, dado que las expectativas programáticas se admiten en un sentido de predicción, estableciendo la Institución además, generalmente, un sistema de vigilancia para el cumplimiento de dichas expectativas. A niveles institucionales, el rol, más que nunca, pierde su diferencial individual para incrementar su denominador colectivo.

Esta conceptualización institucional del rol tiene una alta semejanza con el conflicto del actor. Recordemos cómo MORENO señala que éste presenta un triple conflicto: con el dramaturgo, porque le coloca en un segundo plano impidiéndole la creación del rol, con los coactores, por la posibilidad de los trastornos relacionados con la transferencia y con el público, pues en un intento de evitar la angustia de la repetición, pretende una recreación constante de papeles forzosamente ansiosos. Realmente, si sustituimos dramaturgo por Institución, coactores por compañeros próximos y público por otros elementos institucionales más o menos alejados, la situa-

ción resulta idéntica. No resultará pues válido el aserto de MORENO, según el cual, el grado en que se deteriora la personalidad privada del actor depende de los tres conflictos citados, pero también del grado en que sus roles profesionales sean compatibles o incompatibles con sus roles privados, ampliándolos (catarsis del rol) o constriñéndolos. Esta puede ser considerada la bisagra entre las teorías de las relaciones humanas y las basadas en la concepción sistémica.

La visión panorámica nos ofrece tres niveles. En un primer nivel, general, la Institución presenta las características de una estructura sistémica, cuya ordenación guarda una estrecha relación con los objetivos, fines y funciones, incrementando la tendencia a la burocratización en función de la mayor o menor clarificación de los mismos. En un segundo nivel, dentro de la Institución, podemos entender su estructura como un conjunto de grupos en interrelación. Efectivamente los individuos reclutados por la Institución constituyen un grupo natural, desarrollando y compartiendo una vida social y cultural común inconsciente. Este sistema inconsciente común se evidencia en la distribución de roles, como también señala MORENO<sup>24</sup>, y mantiene a los miembros unidos y más o menos identificados. El grupo, dentro del seno institucional, constituye a lo largo de su devenir histórico una conciencia de grupo y un inconsciente común en los que las historias de las personas se vierten como los afluentes lo hacen en los ríos.

El tercer nivel de análisis o individual es el que viene señalado por el triple conflicto del actor en función de la imposición de roles por parte de la Institución y, en menor grado, por ese grupo con características de subsistema del que hemos hablado. Pero la Institución no puede, si no es a riesgo de perder eficacia, alejarse de su función de dramaturgo-impositor de roles, por lo que la tele (estructuración dinámica del vínculo individuo-Institución) será básicamente negativa. Efectivamente, se ha señalado la existencia no sólo de una transferencia individuo-Institución, sino también de una transferencia institucional<sup>25</sup>. Entendemos que la misma no es sino la expresión primaria de una situación que, patológicamente y a nivel de hospital psi-

quiátrico, nosotros denominamos hace años «Institucionalismo del Equipo Terapéutico»<sup>26</sup>. En síntesis, la Institución tiene mucho de *conserva cultural* en el sentido de MORENO y en tanto en cuanto se le dificulta la libertad y el poder creador, el hombre institucionalizado tiende a ser un hombre robotizado.

Quizás pueda parecer nuestra visión un tanto triste y deprimente, no sin cierta intencionalidad ansiolítica, recordamos que estamos analizando la estructuración más rígida de la Institución: aquella en que la burocratización ha invadido el sistema. Allí se va a dar la paradoja de que mientras la tendencia a la eficacia inclina a la imposición de roles, la rigidez de los mismos conduce a una situación de bloqueo emocional que conlleva una disminución de la eficacia. El reto de toda estructura institucional quizás sea mantener un grado de libertad para el individuo en la interpretación de roles sin que ésta dificulte la necesaria coordinación para obtener un buen rendimiento. No podríamos terminar el nivel individual sin añadir que dentro del mismo tendrían forzosamente cabida las propias historias personales y la mayor o menor dificultad de asumir los roles para desvincularse del complementario primario y buscar otros, permitiendo esa pluralidad que ha sido señalada como el mejor indicador de equilibrio psíquico<sup>27</sup>.

Hemos realizado desde la teoría de los roles de MORENO, o desde una posición psicodramática, una lectura de la dinámica y estructura institucional, lo que demuestra la validez de la teoría y su aplicación al análisis institucional. No es nada nuevo la aplicación de la Sociometría moreniana al tema que nos ocupa, pero sí la compatibilidad de la Teoría General de los Sistemas con las otras aportaciones señaladas.

Aunque sea a pie de página y sin entrar en la profundidad que se merece, porque de ello se ocuparán otros participantes en esta ponencia, no queremos dejar de señalar la función de la técnica psicodramática en este contexto. Efectivamente, no siempre, o por mejor decir casi nunca, la intencionalidad del empleo de la técnica psicodramática es el análisis institucional. Cabría preguntarse, ¿afecta el empleo de técnicas psicodramáti-

cas a la estructura funcional de la Institución? Es obvio que la actuación a nivel individual es manifiesta, pero los reiterados trabajos sobre la resistencia y mecanismo de defensa empleados por elementos diversos, de instituciones distintas, en diferentes lugares y momentos, como hemos señalado en otro sitio<sup>28</sup>, nos impiden aceptar este aserto. Partiremos de una afirmación evidente: lo primero que ocurre cuando se emplea la técnica psicodramática en una Institución, cualquiera que sea su finalidad o estructura, o la posición doctrinal desde la que se haga, es que se interpretan roles. Pero esos roles son elaborados, discutidos, al fin y al cabo confeccionados por elementos de la Institución, a nivel individual. Esto tan simple, para los asistentes, tan cotidiano, supone algo importante desde el análisis institucional: nada menos que la destitución del dramaturgo como único creador de roles, supone en el locus de la Institución equipararse a ella misma y dar rienda suelta al hombre libre, creador y espontáneo. Probablemente la situación pueda entenderse como un juego en que la persona, desde el rol institucional, intenta la incorporación de un rol propuesto a nivel psicodramático, en la técnica. La dificultad de aceptación y de vivencia sugiere un parto lento, difícil, paralelo al descrito por SERGIO CANADÉ en su trabajo sobre la máscara, siguiendo el método de RUTH TARQUINI<sup>29</sup>. También aquí, al principio la máscara está entre la persona y la Institución y determinada por ambas, pero al final el rol incipiente surge y se desarrolla, el acto psicodramático encuentra su lugar, un lugar que no es otro que el de lo instituyente frente a lo instituido. Así puede entenderse la técnica psicodramática en un contexto institucional y así se entiende que la misma constituye un espacio que forzosamente pone a prueba la estructura de la Institución, condicionando un cuestionamiento de sus normas. Desde este punto de vista, es comprensible la existencia abundante de un material en que se señala la variación de las estructuras o de normas como resultado de actuaciones que sólo pretendían una intervención clínica-terapéutica<sup>30</sup>.

No hace mucho, ENRIC GRANÉN<sup>31</sup> se preguntaba la razón de que los elementos psicodramáticos aparecieran como fecundantes en

los mejores intercambios de experiencias (reuniones, congresos, encuentros, etc.). Independientemente de su válida respuesta, nos permitimos ofrecer otra: si consideramos todas estas reuniones como Instituciones en estado naciente, las técnicas psicodramáticas incluidas cuestionan la rígida adscripción de roles, sin disminuir su eficacia, pero al permitir una mejor cohesión de grupo, funciona como instituyente y categoriza una institucionalización más válida.

Quizás esta visión pueda parecer pretenciosa, pero la oposición entre el hombre burocratizado y el hombre espontáneo y creador no es nueva. De alguna forma nos hace recordar la idea de MORENO<sup>32</sup>: «Es el hombre espontáneo que aparece, no bajo la forma de una teoría sofisticada y prolijamente escrita, sino en la plena actualidad de vivir, como proyectado bruscamente a la faz de una época científica y desarraigada. Este vehículo en que penetra tiene que ser como un traje a la medida, bien holgado, como para dar cabida a los millones de variantes en cuanto a mundos privados y sociales: es el PSICODRAMA».

## BIBLIOGRAFÍA

1. MYERSON, A: Amer. J. Psychiat., 95, 1939.
2. BETTELHEIM, B: *Individual and mass behavior in extreme situations*. J. Abnorm. (soc). Psychol., 38: 417-451, 1943.
3. SPITZ, R.: *Hospitalism and inquiry into the genesis of psychiatry conditions in early childhood*. Psichoanal. Stud. Child. 1, 1945.
4. BETTELHEIM, B. y SILVESTRE, E.: *A therapeutic milieu*. Amer. J. Orthopsychiat., 18: 191-206, 1948.
5. MARTIN, D.: *Institutionalisation*. Lancet, 269: 1188-1190, 1955.
6. COSER, R. L.: *A home away from home*. Soc. Proble., 4: 3-17, 1956.
7. BARTON, R.: *Neurosis institucional*. Ed. Paz Montalvo, Madrid.
8. GOFFMAN, E.: *Internados*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1970.
9. LOURAU, R.: *El análisis institucional*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1975.
10. LAPASSAN, G.: *Grupos, organizaciones e instituciones*. Gedisa, Barcelona, 1977.
11. PETIT, F.: *Psicosociología de las organizaciones*. Herder, Barcelona, 1984.
12. MENDRAS, H.: *Elementos de Sociología*. Cultura popular, Barcelona, 1968.



13. LAPASSADE, G.: *Socioanálisis y potencial humano*. Gedisa, Barcelona, 1980.
14. MARTÍ-TUSQUETS, J. L.: *Psiquiatría Social*. Herder, Barcelona, 1976.
15. TAYLOR, F. W.: *La direction scientifique des entreprises*. Dunod, París, 1971.
16. CROZIER, M.: *Petits fontionaires au travail*. C.N.R.S., París, 1955.
17. CARDAN, P.: *Marxisme et theorie revolutionaire*. Socialisme ou barbaire, 39, marzo-abril, 1965.
18. JAQUES, E.: *Des systemes sociaux comme défense contre l'ansieté depressive et l'ansieté de persecutions*. Dunod, París, 1972.
19. ROUCHY, J. C.: *Phénomènes inconscients dans les groupes et les organisations*. Connexions, 1-2, 1972.
20. MAYNTZ, R.: *Sociología de la Organización*. Alianza Editorial, Madrid, 1977.
21. MORENO, J. L.: *Psicomúsica y Sociodrama*. Paidós, Buenos Aires, 1977.
22. JACOBSON, E. y cols.: *The use of the role concept in the study of complex organizations*. Journal of Social Issues, Vol. VII, n.º 3, 1951.
23. MORENO, J. L.: *Psicodrama*. Ed. Horme, Buenos Aires, 1972.
24. MORENO, J. L.: *Psicoterapia de Grupo y Psicodrama*. Fondo de Cultura Económica, México, 1975.
25. JAQUES, E.: *Intervention et changement dans l'entreprise*. Dunod, París, 1972.
26. MORENO CHAPARRO, J. L. y SÁNCHEZ MUR, M.: *Análisis institucional*. Argibide, n.º 1, junio 1977.
27. BUSTOS, D. M.: *Nuevos rumbos en psicoterapia psicodramática*. Ed. Momento, La Plata, 1985.
28. MORENO CHAPARRO, J. L. y SÁNCHEZ MUR, M.: *Comentarios sobre la formación en Psicoterapia Grupal en el medio hospitalario*. Informaciones Psiquiátricas, n.º 89, tercer trimestre, 1982.
29. CANADÉ, S.: *La Máscara y la sombra*. Informaciones Psiquiátricas, n.º 95, primer trimestre, 1984.
30. LÓPEZ SÁNCHEZ, J. M.: *El Psicodrama en Psiquiatría clínica*. Círculo de estudios Psicopatológicos, Granada, 1982.
31. GRANÉN RASO, E.: *El psicodrama como método terapéutico en la Psicoterapia científica*. Informaciones Psiquiátricas, n.º 95, primer trimestre, 1984.
32. MORENO, J. L.: *Las bases de la Psicoterapia*.-Ed. Horme, Buenos Aires, 1967.



---

# PSICODRAMA CON PSICÓTICOS CRÓNICOS: LA RECUPERACIÓN DE LA PALABRA Y EL CUESTIONAMIENTO DE LA INSTITUCIÓN

---

RUTH TARQUINI

## AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que hicieron posible este trabajo: Sergio Canadé que supervisó las sesiones, Alfredo Cía que dio su apoyo como psicodramatista de la Asociación Argentina de Psicodrama y Psicoterapia de Grupo, Juan Carlos Crowley, director del Hospital; a Lila Peña, laborterapeuta; Ricardo Contreras, actor y encargado de la imprenta que había en el hospital; N. Jara, encargado del pabellón de hombres; Beatriz Maiello, encargada del personal de enfermería, y también a las personas que no trabajaban en la institución y venían a colaborar en las sesiones: Gilberto Olguín, arquitecto y fotógrafo; Jovita Kemelmajer, danza contemporánea; Cristina Lemos, Susana Karzovnik, Cristina Robin y Carlos Villegas, psicólogos, y yo —auxiliares en psicodrama.

## LA INSTITUCIÓN

Esta experiencia con psicodrama aplicado a pacientes psicóticos crónicos fue realizada en el Hospital Psiquiátrico El Sauce, en Argentina, durante los años 1973-1975. Años de la reforma en salud mental que permitió la apertura a nuevos abordajes terapéuticos:

asamblea comunitaria, psicoterapia individual, grupo de terapia familiar y psicodrama.

El cargo que yo ocupaba en la institución era el de jefa del servicio de psicología clínica y por mi formación como psicodramatista dictaba los seminarios de formación en psicodrama para el personal técnico. Mi trabajo era reconocido en la institución y mi propuesta de hacer un grupo de crónicos para tratarlos con psicodrama fue bien recibida.

La propuesta que hice fue la siguiente: trabajar con psicodrama para movilizar a los pacientes y sacarlos del patio de crónicos, que pudieran ser tratados dentro de la estructura terapéutica de la institución y una vez que pudieran hablar y decir lo que les preocupaba (hacer demandas), estudiar con los otros terapeutas y el equipo terapéutico las posibilidades de externación de cada uno.

Invité a una reunión previa a todas las personas que estuvieran interesadas en participar de esta experiencia y que trabajaban en el hospital: personal técnico, administrativo, de servicio. Tomé en cuenta el concepto comunitario de curación donde todos pueden ser agentes terapéuticos si se toma conciencia de ello.

Y también asistieron a esta reunión los técnicos y personas que venían de afuera y no trabajaban en la institución, entre ellos ha-

75  
cc. wms

bía un titiritero, una bailarina, un fotógrafo, yo —auxiliares en psicodrama, alumnos de psicología.

Sólo desde el equipo terapéutico había una auténtica estructura socializante con diferentes roles, y funciones, diferentes intereses, y distintos niveles de formación.

Comenzamos las sesiones de preparación en un grupo de psicodrama coordinado por mí que tenía por objetivo plantear las dificultades de cada uno en relación a la tarea, además de formar. Duró 50 horas, unos cinco meses aproximadamente. Estas sesiones previas del equipo se llevaron a cabo en el hospital. Una vez terminada esta formación, comenzamos el grupo de psicodrama con los pacientes, durante un año y medio con una sesión semanal de una hora y media de duración. Siempre el mismo día y en el mismo lugar.

También se informaba periódicamente, en las sesiones clínicas del hospital, sobre la evolución de los pacientes y el trabajo realizado.

Debo comentar que, como resultado de mi trabajo, la dirección del hospital presentó un proyecto a la Dirección de Salud Mental para la creación de un centro de investigaciones psicodramáticas, dedicado a la investigación, formación y asistencia dentro del mismo hospital. Desgraciadamente quedó en proyecto, ya que con la intervención militar en 1976, cambió la dirección del hospital, se volvió a la psiquiatría clásica y yo renuncié.

## CARACTERÍSTICAS DEL ENCUADRE PSICODRAMÁTICO

El lugar era siempre el mismo, ordenado de la misma manera en cuanto marco físico. El día y la hora tampoco se variaron.

En nuestro encuadre psicodramático de trabajo diferenciamos tres contextos: Dramático, Grupal e Institucional.

### Contexto dramático

Se ofrecen objetos que son utilizados por el paciente como mediadores simbólicos: Títeres, máscaras y túnicas; modelado y dibujo.

El espacio dramático es un espacio investido afectivamente y puede convertirse en un espacio lúdico-imaginario. Para poder entrar hay que mirar, moverse y jugar y para poder salir hay que hablar.

Las reglas del juego dramático en estos pacientes van desde el descubrimiento del objeto hasta su uso para dramatizar y hacerlo hablar.

### Contexto grupal

Está formado por doce pacientes con diagnóstico de esquizofrenia residual, con más de 7 años en la evolución de la enfermedad, con varios años de internación, residentes del patio de crónicos del hospital. Es un grupo mixto y las edades varían entre 28 y 50 años.

Y por las personas que forman parte del equipo terapéutico, los que trabajan en el hospital y los que no. El número es también de doce. El mismo número de pacientes que de terapeutas auxiliares es una característica del encuadre en estos pacientes tan aislados y deteriorados. Debemos ofrecer una estructura socializante, heterogénea y con un abanico de roles e interacciones similar al afuera social. El paciente podrá interactuar con diferentes personas en diferentes situaciones psicodramáticas y a través de roles que él identifique. Las interacciones entre pacientes (internos) y equipo terapéutico (externos) va creando la matriz grupal donde se apoyan las identificaciones y se soporta la transferencia.

La construcción del contexto grupal va desde el ensimismamiento, a la fusión en el cuerpo grupal, hasta llegar a la interacción y a compartir situaciones personales y familiares. hasta llegar a la palabra

### Contexto institucional

Los pacientes están habitualmente en el patio de crónicos, sentados o acostados en el suelo sin hablar. No participan de las actividades de los agudos. Nadie los visita. No salen. Usan la peor ropa, van sucios y desaliados. Son obedientes a todo lo que se les pide. Carecen de historia clínica, no hay datos de su historia personal. No tienen documentación, no tienen palabra y sólo responden a su nombre. No crean problemas en la institución, son «tranquilos, buenos y pacíficos».

## ETAPAS DE LA SESIÓN

La sesión duraba una hora y media. El tiempo se estructuró de acuerdo a la sesión de psicodrama.

### La primera etapa

Estaba dirigida a atraer la mirada de los pacientes hacia los objetos que producían un impacto estético y sacaban al paciente del estado, sin límites, del ensimismamiento. El reconocimiento del objeto y del ambiente. Identificar-a para luego identificar-se.

### La etapa de dramatización

En ella se implementan las técnicas psicodramáticas; doble, múltiple, espejo, inversión de roles, interpolación de resistencias. Siempre a través de la mediación simbólica que da el objeto.

Escenificación de situaciones familiares pasadas, dramatización del delirio, roles institucionales; cuando recuperan la palabra.

### Etapa de comentarios o conclusiones

Se trata de elaborar las situaciones dramatizadas y las situaciones vividas en el con-

texto institucional. De construir un espacio grupal separado y diferente del institucional. Se puede hablar de las voces. Se comparte la enfermedad y se cuestiona la institución.

## ROLES DEL EQUIPO TERAPÉUTICO

Rol de Psicodramatista: director y coordinador de la sesión es siempre desempeñado por la misma persona. Se sienta en el mismo lugar todas las sesiones. Abre y cierra la dramatización, abre y cierra la etapa de comentarios. Espera a los pacientes en la sala de la sesión y los despide uno a uno en la puerta. Implementa las técnicas dramáticas formulando las consignas necesarias. Realiza los señalamientos, relaciona y formula las preguntas.

Los auxiliares (tanto los de psicodrama como los técnicos) desempeñan diferentes funciones: van a buscar a los pacientes al pabellón o al patio, dramatizan roles, se dirigen a los pacientes a través de los objetos mediadores, son los representantes del afuera social. Se sientan intercalados entre los pacientes y participan en el clima afectivo de la sesión y en la etapa de comentarios explican la sesión.



Fig. 1

El rol de fotógrafo: siempre desempeñado por la misma persona. Las fotos eran traídas a la sesión. Se explicó el manejo de la cámara a los enfermos y el fotógrafo también utilizó el objeto como un mediador de la comunicación. No se usó flash y se trabajó con luz natural. También participaba en la etapa de comentarios.

El espacio para dramatizar o escenario, era el lugar central que dejaban las sillas puestas en semicírculo, las dos sillas vacías eran un elemento diferenciador de espacios y al mismo tiempo indicaba que ese espacio vacío se podía utilizar para dramatizar.

Los pacientes eran traídos a la sesión (los tres primeros meses) pero podían retirarse de la sesión si querían (a partir del tercer mes se quedaban hasta el final). Estaba permitido fumar (fig. 1).

### **FASES EVOLUTIVAS DEL TRATAMIENTO Y TÉCNICAS UTILIZADAS**

En las primeras sesiones los pacientes reproducen la escena del patio de crónicos, están ensimismados, no hablan, no miran, no contestan. Los auxiliares los han ido a buscar y les han dicho que vienen a la sesión de psicodrama.

En esta fase los títeres atraen la atención de los pacientes, buscando su mirada; el momento de mirar y el instante de sonreír es muy importante (figs. 2, 3, 4 y 5).

Se estructura un ambiente de confianza óptima donde lo persecutorio ha desaparecido. El rostro desnudo de palabra sonríe ante la presencia inocente de los títeres.



Fig. 2



Figs. 3, 4 y 5



Fig. 6

En las próximas sesiones pasamos de la inmovilidad a la movilidad a través de desplazamientos en el espacio, contacto próximo y distante, los pacientes participan de un clima colectivo y grupal y se empiezan a establecer los límites del espacio y del cuerpo. Las técnicas utilizadas son rondas, ritmos y movilizaciones corporales (figs. 7 y 8).

Comenzamos a establecer las diferencias individuales, el paciente pertenece al grupo porque en la etapa anterior ha percibido su cuerpo en relación al grupo pero todavía no se diferencia ni se reconoce a sí mismo en el grupo.

El nombre de cada paciente es nombrado por todos. El nombre es lo que nos diferen-



Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10

cia e individualiza pero también lo que nos vincula y socializa. Otros lo deben reconocer y pronunciar para que yo me reconozca.

Las fotografías se traen a la sesión y los pacientes se nombran, se buscan y se reconocen. Es la fase del espejo y del reconocimiento de sí (fig. 6).

La imagen crea espanto, algunos se asombran de cómo están vestidos, toman conciencia que están en un manicomio, se dan cuenta que ha pasado mucho tiempo (figs. 9 y 10).



Figs. 11, 12 y 13





Fig. 14



Fig. 15

A partir de este momento los pacientes nos esperan en la puerta de la sala, donde realizamos la sesión, están peinados, han cambiado su arreglo personal y su ropa es diferente. Comienza la restauración de la propia imagen. No sólo se ven sino que saben que los otros también los ven. Aparecen conductas desconocidas en el contexto institucional, exigen ropa nueva, piden y hacen demandas, se rebelan y se oponen.

Comienzan las dramatizaciones a través de mediadores simbólicos. Ya no se trata de que identifiquen-a sino de que ellos se identifiquen-con. Las iniciativas en el juego dejan atrás la obediencia automática.

En esta sesión, además de pintarse por propia iniciativa, los pacientes interactúan en-

tre sí a través de la pintura y dramatizan en un juego de tres una partida de cartas, sin cartas. Es un juego de ganar o perder, para ganar debo estar atento a lo que hacen los otros dos. Estamos en la matriz triangular de socialización (figs. 11, 12, 13, 14 y 15).

El juego a ser dios comienza en la etapa de realizaciones simbólicas. La dramatización del delirio a través de la túnica. Jugar a ser virgen-dios sitúa al delirio en el terreno de lo imaginario. Es distinto creerse dios a dramatizar el juego de ser dios, si dios es imaginario la locura ya no es posible. Después de esta dramatización los pacientes comentaron por primera vez que escuchaban voces. Las voces son habladas y los dioses representados. La palabra recuperada hace sonar los títeres,

mover las túnicas y las máscaras que en su función de mediadores se convierten en depositarios de la locura (figs. 16, 17, 18 y 19).

En el contexto institucional los pacientes se comportan como agudos. La movilización del crónico es un hecho.

En las próximas sesiones aparecen los recuerdos del pasado, la vida familiar antes de la internación, se recupera la dimensión histórica. Matriz familiar y dramatización de roles familiares. Los objetos ya no son necesarios.



Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18



Fig. 19

Los pacientes comienzan a integrarse a la estructura terapéutica, participan en las asambleas, son visitados semanalmente por el médico. Hay cambio de medicación. Se retoman los vínculos con la familia, si es posible, y comienzan a planificar su vida fuera del hospital. Nuestro trabajo ha terminado.

## TEORÍA PSICODRAMÁTICA

### Concepto de matriz

Es una estructura de roles en funcionamiento que se ofrece desde afuera, lugar donde se inscriben los roles y se estructura la personalidad.

Matriz de identidad. En ella se inscriben los roles psicósomáticos en un registro de confusión, persecución o melancolía, según en qué momento se produzca la carencia.

Brecha entre realidad y fantasía. Matriz de ausencia y separación. Los roles psicodramáticos unen realidad y fantasía a través del símbolo, el registro da omnipotencia o pérdida.

Matriz familiar o triangular. Se inscriben los roles familiares en un registro de verdadero o falso.

Matriz social. Donde se inscriben los roles sociales en un registro simbólico o imaginario.

### Concepto de objeto mediador

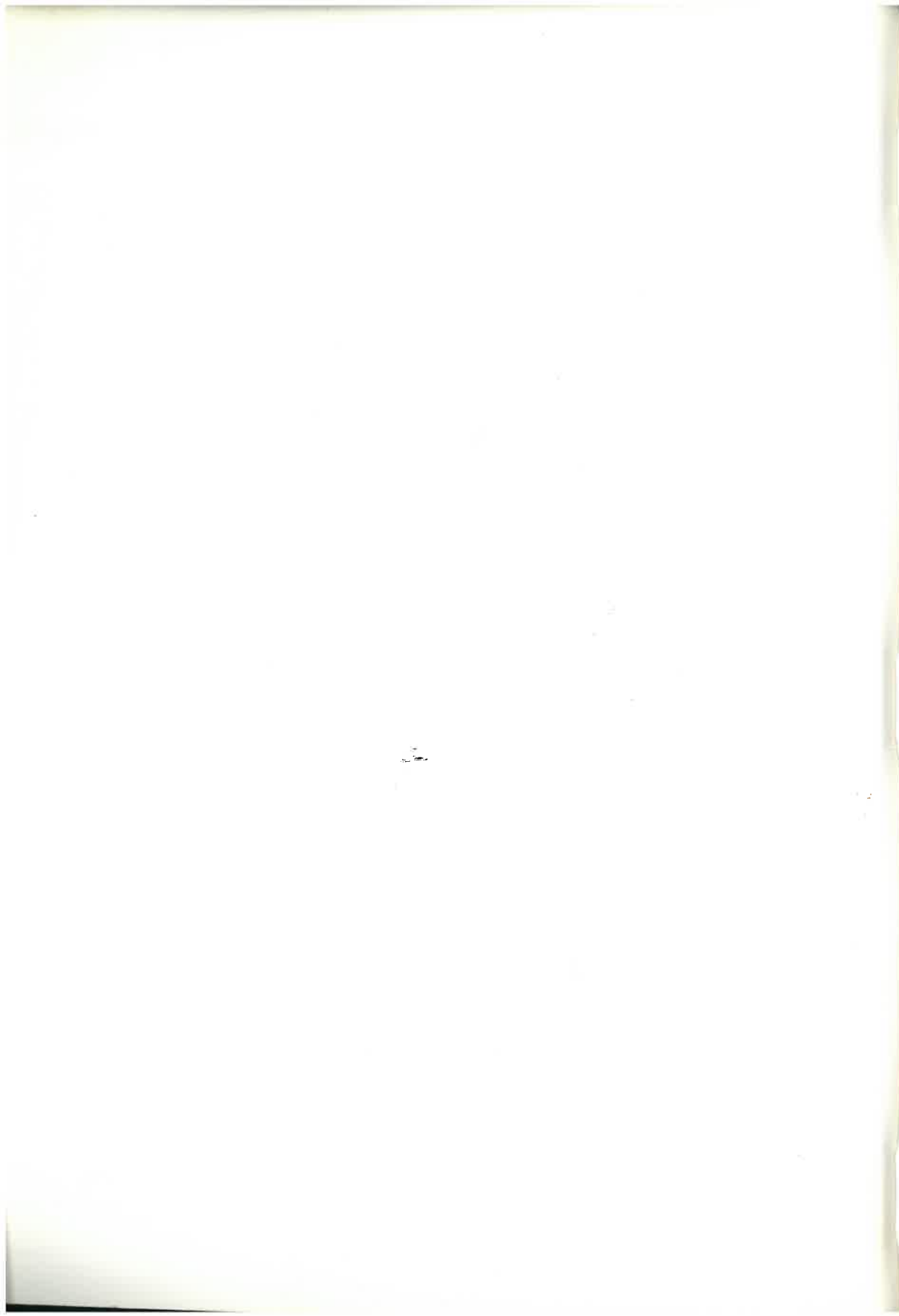
Cuando la brecha entre realidad y fantasía no se ha llevado a cabo. El objeto permite la emergencia de los roles psicodramáticos.

El objeto es estructurante, testimonio de una realidad, para verificar que no todo está perdido y que todavía hay algo que se puede rescatar.

El objeto mediador en el tratamiento con psicóticos pone orden donde hay caos, separa donde hay fusión, limita donde hay vacío y hace jugar donde impera el terror.

## EL JUEGO A SER DIOS Y LA DRAMATIZACIÓN DEL DELIRIO

El juego a ser dios somete al delirio a una prueba de realidad contundente y definitiva. La caída vertiginosa e inevitable de los dioses, en la dramatización (y en el juego de Moreno) es el principio de realidad al cual hay que ajustarse para poder crear y entrar en la cultura.



---

# LO REAL EN PSICODRAMA: DE LA CATARSIS A LA REPRESENTACIÓN SIMBÓLICA

---

MAGDA BOSCH I VERDAGUER

*Dedico este pequeño trabajo a los doctores Otaola y Grañén,  
con los que inicié mi recorrido por el camino del psicoanálisis y del psicodrama.*

## EL PSICODRAMA FREUDIANO

El psicodrama freudiano es la aplicación de la teoría psicoanalítica en el seno de un grupo.

La teoría que GENNIE y PAUL LEMOINE elaboraron se basa en la teoría psicoanalítica lacaniana a partir de las posibilidades y lo específico que aporta la técnica psicodramática.

JACQUES LACÁN, cuyo trabajo está marcado por la aparición de una nueva ciencia, la lingüística, profundiza y desarrolla la teoría freudiana a partir de los instrumentos que le brinda esta ciencia. Freud ya había mostrado que todo el inconsciente está sujeto al lenguaje y LACÁN puntualiza: «el inconsciente está estructurado como un lenguaje». La lógica propia al significante vehiculiza una formalización coherente, basada por entero en la práctica-experiencia analítica como tal, o sea, en la estructura del inconsciente y que la desmarca del recurso al pensamiento mágico y/o de cualquier referencia obscurantista.

El concepto de cadena significante da cuenta de la sobredeterminación por la que se producen las formaciones del inconsciente: el significante es equívoco y el significado se desliza siempre en relación al significante.

Asimismo propone contemplar el funcionamiento psíquico según la articulación de

tres registros: real, simbólico e imaginario que constituye un pivote alrededor del cual se reordena la teoría freudiana de las instancias, la clarifica y acaba con la confusión creada por las teorías del yo y del psicologismo. Porque desde esta perspectiva el yo, ligado fundamentalmente a lo imaginario, a la identificación narcisista y alienante al semejante, aparece como lugar del desconocimiento.

El yo, que surge a partir de la alienación al otro —a su imagen—, produce como efecto un desorden de identificaciones ideales y conlleva, en la relación, la lucha a muerte del «o yo o el otro». En esta dimensión del reconocimiento se diferencia de la relación del Sujeto al Otro, en la estructura simbólica, al Otro como código o depósito de la palabra, marcada por una dimensión de exterioridad.

La estructura del lenguaje, el orden simbólico, preexiste y determina la entrada del sujeto en la misma.

Por último, señala que hay algo en el sujeto de profundamente indomesticable, alfa y omega del inconsciente, una huella fija que está en la base del automatismo de repetición, el enigma freudiano del instinto de muerte —que opone en un segundo tiempo al principio del placer— y que constituye el registro de lo real.

LACÁN se sirve también de otras vertientes de la moderna ciencia, como la topología, la cibernética o la lógica formal que le

permiten, con la introducción de términos del álgebra, manejar el vocabulario freudiano, a partir de fórmulas, grafos, matemáticas y que constituyen una nueva modalidad de transmisión alejada tanto de la mera especulación como de posiciones de dogma o fe. Precisamente porque hay un saber en lo real que en la experiencia psicoanalítica se reconoce y nombra como sujeto.

El psicodrama freudiano, que se nutre de la teoría de LACÁN, se desarrolla a través de la escucha analítica: a partir de ella el terapeuta dirige el juego que permite tirar de los hilos del discurso —y por la misma, el observador subraya, al señalar los significantes en juego y la forma como cada sujeto los hizo circular a partir de su cadena significativa propia.

Lo que cuenta para el psicodramatista freudiano es el inconsciente. A diferencia del creador del psicodrama, MORENO, que se centra en la forma operatoria del inconsciente, en los comportamientos. Las escenas son representadas, revividas y/o recordadas en el marco de un grupo imaginario sujeto a unas convenciones que le separan de cualquier grupo de la vida social. Donde hubo realidad no la hay ahora. Se trata de evocaciones y lo que cuenta es la fidelidad al recuerdo, a la impronta, no la exactitud con la que ocurrió. Aquí, como en análisis, como en la vida cotidiana, el inconsciente habla y eso lo hace depender del lenguaje. Los elementos puestos en juego por el inconsciente se ordenan según la estructura del lenguaje que es, en definitiva, el no ser de los objetos.

Nos movemos, pues, en el terreno de lo imaginario y lo simbólico.

## LO REAL EN LA TEORÍA PSICOANALÍTICA

En las categorías propuestas por JACQUES LACÁN, lo real, por y para penetrar ese más allá..., se diferencia de la realidad, a la que da un cierto estatuto de articulación de los tres registros. Está vinculado a la experiencia de satisfacción originaria, algo que resta atrapado entre naturaleza y cultura. La relación inconsciente con el Das-Ding freudiano.

Esa experiencia originaria de satisfacción,

alucinar a la vez el deseo y el objeto-satisfacción, es asimismo real en tanto que vivido y tiene una función de mito en el devenir del sujeto. Un mito de eterno retorno. Retorno a la relación primordial a Das-Ding, al goce, en la que el sujeto se ha constituido en un modo particular de relación, anterior a la represión, una forma de elección de neurosis —histeria, obsesión o paranoia—.

Hay estructura en tanto que hay lenguaje. El Das-Ding, momento inaugural, está fuera de la estructura y constituye a la vez el núcleo más central y el más exterior del sujeto, como ser parlante. Es el significante uno; el SI que incluye toda significación o lo que es lo mismo fuera significación, ya que el significante sólo se define por oposición a otro significante.

Das-Ding resta como significante puro, la palabra como cosa, sin significación posible —a diferencia de las cosas producto de la acción humana, en tanto que gobernada por el lenguaje.

Corresponde al momento en que el niño aparece como objeto absoluto del deseo de la madre. Si la madre está tan presente que no necesita ni llamarla y, la otra cara de lo mismo, si el hijo es el único objeto del fantasma materno —o sea cuando ese Otro de la primera relación no está marcada por la ley humana, que la haría, a partir de la propia carencia, llevar su deseo fuera— estará atrapado, petrificado por ese significante insensato y nos encontraremos con la psicosis.

Por otro lado, nos encontramos también con la psicosis en caso de que el niño no represente ningún objeto para el deseo de la madre. Cuando ésta no responde al grito y lo transforma en demanda, produciendo con ello un primer efecto de sujeto. Porque la madre, el Otro real de esa primera dependencia, da al grito un valor de mensaje, en un movimiento inaugural a partir del cual el sujeto recibe del Otro-absoluto, como código de la palabra, su mensaje en forma invertida.

Si, por el contrario, hay carencia en el Otro real (correlativa de la falta en el Otro simbólico) lo abre hacia el conjunto de los significantes del Otro, que toma así su estatuto simbólico. Se produce cuando el padre aparece como ese tercer término que impide la duali-

dad fusional: Éste, a quien el deseo de la madre señala, es el que subraya la ley que opera con un doble mensaje: «no desearás a mi mujer» —al niño, «no reintegrarás tu producto» — a la madre. Es la operación de la metáfora paterna, que produce una sustitución entre el primer significante y el conjunto de los significantes del Otro, el lenguaje, que está ahí desde siempre y que constituye la estructura en la que se instalará el sujeto, como resultado de un nuevo efecto de significación, a la que LACÁN llama fálica, en la medida en que el fallo es el significante de la carencia, de la castración.

Recojo ahora una parte del trabajo que realicé para el Congreso que, bajo el tema de *La Ley*, reunió a los miembros de la S.E.P.T. en Madrid, el pasado mes de mayo y que titulé: *La singularidad de la ley*.

### De la ley fundacional a la ley moral

FREUD había buscado una explicación a los orígenes recurriendo, como en la antigüedad, al mito: Tótem y Tabú que puede verse como complementario del mito de Edipo, acontecimientos concomitantes de una estructura patriarcal.

El complejo de Edipo freudiano resume el ingreso del hombre en la cultura, recoge el tabú del incesto, el papel del padre y la diferencia de los sexos. Para FREUD el aprendizaje de la diferencia es propio de la condición humana y queda ligado inseparablemente a la diferencia sexual. Ahora bien, mientras en el contexto del complejo de Edipo el padre aparece como el tercer término que impide la dualidad fusional —no reintegrarás tu producto— y, por lo que representa, está del lado del saber, es el padre que prohíbe; el padre de Tótem y Tabú es un padre que goza. El padre asesinado, el que genera culpa y la deuda.

LACÁN, en la reflexión teórica sobre el problema de la moral que es *La ética del psicoanálisis*, afirma que FREUD aporta a los fundamentos de la moral la afirmación del descubrimiento de que la ley primordial, que marca lo que es la cultura en tanto que opuesta a la naturaleza, es la ley de la prohibición del incesto, y lo que es básico, es el hecho de que FREUD coloca a la vez en el incesto y en

el deseo del incesto, el principio de la ley, fundamental. Designa el deseo esencial y el hecho de que prohibición y deseo son correlativos.

Al poner el acento en que, de lo que se trata en esta ley, es de excluir para siempre el incesto esencial —hijo-madre—, señala el punto clave, enigmático, irreductible, donde algo resta atrapado entre naturaleza y cultura. Porque la madre ocupa el lugar de la cosa, el Das-Ding, la cosa insoportable en su atracción mortal.

Cito a LACÁN: «Lo que hallamos en la ley del incesto es algo que se sitúa fundamentalmente y como tal, a nivel de la relación inconsciente con Das-Ding, la cosa. Es en tanto el deseo por la madre no podrá ser satisfecho porque es el fin, el término, la abolición de todo el universo de la demanda, que es justamente aquel que estructura más profundamente y como tal el inconsciente del hombre; es justamente en la misma medida en que *la función del principio del placer es hacer que el hombre busque siempre lo que debe reencontrar, pero lo que no podrá alcanzar*,\* donde mora lo esencial, ese resorte, esa relación que se llama la ley de prohibición del incesto».

La ley es, pues, la condición para que brote la palabra, en tanto regula esa distancia del sujeto a Das-Ding. Supone la introducción del significante y su combinatoria en la naturaleza humana.

El lenguaje evoca una cosa por medio de un sustituto, es decir, evoca su presencia sobre un fondo de ausencia. La palabra es presencia y ausencia de la cosa que designa, es una operación de mediación por la que el sujeto entra en un orden radicalmente distinto, el orden simbólico.

Lo que LACÁN nos enseña a continuación, en lo referente a determinados efectos de la ley, es que se trata de lo mismo que viene a articularse para el hombre a nivel del discurso, preconsciente o consciente de la ley efectiva, o sea, para nosotros, los diez mandamientos.

A pesar y/o porque en ninguno de ellos se explicita que uno no puede acostarse con la madre, aparecen como el capítulo de nuestras

\* El subrayado es mío.

transacciones en cada instante. Dedicamos nuestro tiempo, declara, a violar los diez mandamientos y es justamente por eso que una sociedad es posible.

La máxima prohibición preserva el goce máximo y funda todo goce posible.

### El significante y la ley moral

La práctica del psicoanálisis supone un encuentro diario y repetido con lo que en la experiencia moral es la instancia imperativa como tal, el inconsciente como ley, que marca la división del sujeto y que opera de forma que podemos señalar con dos vertientes:

— La propia del lenguaje, ceñido a las leyes del significante, de lo simbólico, por el que se producen las formaciones del inconsciente, lo que se desplaza, se permuta conforme a las mismas. —vehículo del deseo—.

— Lo propio a la repetición, el goce, en tanto queda fuera de lo simbólico, del saber formulable, y que asienta sus bases en lo real —el sin sentido, el intervalo entre dos significantes de la cadena—.

El goce es lo que de real hay en la práctica psicoanalítica, el verdadero heredero del complejo de Edipo, en tanto imperativo del super-yo. Un reclamo del goce Otro, de dar la espalda a la castración simbólica. Es también la causa de la consistencia del síntoma. El goce permanece, no se desplaza, como el deseo, es lo que vuelve siempre al mismo lugar. El super-yo obstaculiza el deseo en tanto que insta al goce, mientras el deseo, plástico al significante, es el efecto de lo imposible del goce.

Esta llamada del goce a lo real, este más allá del principio de placer, que es la pulsión de Muerte, constituye la ley más particular dentro de una ley universal. Más allá de toda ley, una estructura última *un punto de fuga de una realidad posible, que por pasar a ser una especie de prolongación del principio del placer, hace resurgir más allá* algo que dirige —y perturba— el sentido último de nuestra relación con el mundo.

Al principio de *La Ética del Psicoanálisis*, enuncia LACÁN: «Les he indicado que, paradójicamente, mi tesis, sin ninguna duda, es que la ley moral, la presencia de la instancia moral, eso en lo cual esa instancia se nos im-

pone y lo que representa, eso por lo cual se presentifica en nuestra actividad, *en tanto está estructurada por lo simbólico: es lo real*. Lo real, como tal; el peso de lo real».

La ley moral se afirma pues contra el placer y conduce al campo preciso de una realidad psíquica, la de su estructura. Y añade: «La noción de los límites éticos del análisis coincide con los límites de su práctica considerada como preludeo de una acción moral como tal. Siendo la llamada acción aquella por la cual desemboca en lo real».

Este es el aspecto singular de la ley moral, en el sentido de insólita, contradictoria e irreductible a la vez, que se articula para cada uno de manera nueva, propia, hasta conformar una verdad singular.

La ley del eterno retorno, del exilio de un lugar donde nunca se ha estado y donde nunca se estará. Exilio en relación a la falta, o sea a la madre, que cada uno lleva en sí mismo. Una relación a la otra lengua que fluye en silencio en la lengua hablada y la agujerea.

El lenguaje goza, más allá del que lo habla, en este más allá del placer e infracción de este principio.

Ahora bien, el goce en el ser hablante presupone el significante. El falo, significante del goce, lo modera, le da una medida. Para ello es necesario que el deseo de la madre sea metaforizado por el Nombre del Padre, para que el goce sin medida se coordine con lo que es su semblante, el falo. Esta instancia opera como normalización del deseo.

Donde el hombre está sujeto a la palabra, está sujeto a la ley del significante.

En definitiva esto es lo que el Edipo significa: la relación subjetiva al orden simbólico, al orden de la palabra, la orden del padre que, en nombre del padre, abre un lugar en la cadena, sin lo cual no hay vida propiamente humana posible.

Comporta cómo el sujeto se sitúa en relación al orden simbólico. La estructura radical del lenguaje determina el campo de lo simbólico, muestra la primacía del significante y la lógica que le es propia. La estructura del lenguaje preexiste a la entrada del sujeto en la misma y es, en principio, un sin sentido. El significante crea el significado y, a partir del sin sentido, se crea la significación.

El hombre que habla está capturado en



una estructura y sólo se erigirá como sujeto en ese lugar del Otro que le preexiste. Un sujeto significativo para otro significativo. Con todo el peso de lo real.

Muerte, goce, lo imposible a decir, ¿quizás porque sería tanto como decir nada?

Nada/ Todo o Sin-que-falte-nada, dos caras de la misma moneda definidas por oposición significativa. Tras o frente a la nada simbólica —y real—, la ilusión imaginaria del todo.

¿Qué sostiene pues al sujeto en ese paréntesis entre nada y nada que es la vida? El deseo que circula en la cadena significativa, en la cadena del linaje, al que estamos aprehendidos por el nombre y en el nombre del padre. Sujetos del inconsciente. Un sujeto en lo real.

Retomo un ejemplo meridiano que LACÁN nos brinda: ante la disyuntiva «o la bolsa o la vida», si no elegimos la vida en verdad lo perdemos todo (o nos quedamos con nada).

## LA REPETICIÓN

La repetición —y con ella la iluminación de lo real, del peso de lo real— le aparece a FREUD en los orígenes de la experiencia analítica, a partir del trauma: Algo que debía ser acallado por la homeostasis que orienta el principio del placer, conservaba su insistencia nada menos que a partir del sueño, vehículo del deseo. Una doble paradoja ya que suponía, al mismo tiempo, un punto de fuga de cualquier realidad posible. Una especie de ley insensata que gobierna el conjunto de nuestra relación con el mundo.

¿Dónde nos sitúa ese más allá en relación a la primera oposición freudiana principio del placer-principio de realidad? Un más allá de toda ley que se introduce y nos sitúa en el campo preciso de la realidad psíquica, que aparece ahora, como gobernada por una suerte de orden implacable que conecta con la muerte.

Es por ello que LACÁN se ocupa en profundidad de lo real, en el seminario sobre *La ética del psicoanálisis*. Una ética subversiva por tener en cuenta esta realidad ya mostrada por Kant, que rompe con la igualdad de bien y placer, una ruptura que introduce, fren-

te a la moderación homeostática, una función de extremidad.

Todo el esfuerzo de FREUD para esclarecer y mantener la dualidad pulsional es un intento de dar cuenta de lo inexplicable a que nos enfrenta a diario la práctica psicoanalítica: la división del sujeto y más concreto, la división del sujeto contra sí mismo. La evidencia de que el sujeto no parece buscar su bien en la medida en que éste se considera ligado al bienestar. De ahí la persistencia en el síntoma por medio del desplazamiento, la incertidumbre del fantasma, el masoquismo primordial, las llamadas resistencias, etc.

FREUD vincula la repetición a lo demoníaco de la pulsión, es decir, a la tendencia a la descarga absoluta que la pulsión de muerte ilustra: un retorno a un estado anterior; y ve, en la compulsión a la repetición, el tipo de resistencias y/o insistencia propias al Inconsciente.

A partir de este fenómeno estructural LACÁN aborda, en adelante, el fin del análisis, la travesía del fantasma, que introduce al Sujeto a partir del acto analítico, en la dimensión del acto. Y formula: «Para alcanzar este punto, más allá de la reducción de los ideales de la persona, es como objeto *a* del deseo, como lo que fue para el Otro en su elección de ser vivo, que el sujeto es llamado a renacer para saber si él quiere lo que desea. El deseo como elección. Acercarse al punto de vacío central, al punto de referencia que designa todo ideal. Enfrentarse, más allá del desciframiento, a lo que queda como enigma, al objeto *a* que incluye la castración, o sea al goce como pérdida. «Después del señalamiento del objeto *a*, el fantasma fundamental deviene la pulsión», apunta LACAN en *Los cuatro conceptos*, o sea, que al final la pulsión de nuevo. La pulsión que es del orden de lo real y que funda la repetición.

Más allá del retorno, de la insistencia, del ir y volver por la red significativa a que impulsa el principio del placer, yace y acosa lo real. La repetición es encuentro con ese real. Se produce como al azar y es por esencia, siempre fallido. El objeto *a* es el objeto perdido y la repetición una repetición de esa pérdida.

Cuando la rememoración se aproxima cada vez más a una suerte de foco nodal, don-

de parecería que todo debe develarse, se manifiesta la resistencia del sujeto, como repetición en acto. En este sentido podríamos encontrar un parentesco con la reproducción pero un verdadero acto no es un comportamiento; un acto siempre va dirigido a alguien. Si bien esto lo separa de la reproducción, lo aproxima a la transferencia. En la *dinámica de la transferencia*, aparece en FREUD la transferencia como repetición, que ha dado lugar también a confusiones por parte de los analistas, puesto que el hecho de que se repita en la transferencia no implica la identidad de los dos conceptos. FREUD aclara que esta transferencia es la resistencia más fuerte en el curso del análisis, dado que detiene las asociaciones y con ello las formaciones del inconsciente: «Este proceso se repite innumerables veces en el curso de un tratamiento. Siempre que nos aproximamos a un complejo patógeno, es impulsado, en primer lugar, hacia la conciencia y tenazmente defendido aquel elemento del complejo que resulta adecuado para la transferencia».

Las formaciones del Inconsciente aparecen bajo la forma del tropiezo, de la fisura, donde algo, atrapado entre percepción y conciencia, busca realizarse. Algo extremo que altera al sujeto porque lo rebasa, en la sorpresa, en el hallazgo siempre más o menos de lo que se esperaba. Algo perdido que resuena para perderse de nuevo, ya que se ubica en la dimensión de la pérdida. La discontinuidad es la característica del inconsciente y marca su pulso. Con el fallo propone el enigma y muestra la hendidura por donde la neurosis conecta con algo real. Lo real como encuentro. Hay que aprehender el proceso primario en esa experiencia de ruptura, en ese lugar, esa otra escena, entre percepción y conciencia. La función de la repetición no es pues la rememoración, pero tampoco es la reproducción, vinculada al tiempo de las esperanzas de la catarsis.

### LA REPETICIÓN EN EL PSICODRAMA

*Donde eso era, el sujeto debe advenir*

«Who es war, soll Ich werden,» el imperativo freudiano que, a partir de lo recorrido, puede traducirse por «Donde eso era, en la otra escena, el sujeto debe advenir».

A mi entender, la técnica propia al psicodrama, la representación, apunta directamente a esa otra escena, a ese espacio entre percepción y conciencia. Lo que al fin y al cabo se juega en psicodrama es el fracaso del encuentro. Por ello es un lugar privilegiado para introducir un significante nuevo en la repetición.

Parte de la rememoración y de la reproducción, pero la intervención a partir de la doble transferencia fuerza más allá, hacia la irrupción del corte, por la intervención del tercero.

En psicodrama no puede hablarse de transferencia en un solo vector, ya que hay dos terapeutas y varios sujetos en tratamiento. La transferencia horizontal —con los otros miembros del grupo— aparece como soporte de todas las identificaciones a beneficio del terapeuta y por ello de la terapia.

Cada miembro del grupo es, para los demás, en principio, fuente de ideales, por ende de identificaciones, a través de lo que intentará reproducir los clisés adquiridos en la infancia e incluir a los demás en una de sus series fijas. Por ello la tendencia a tomar los roles que han sido los propios y que el juego va progresivamente desmoronando. La elección para los roles revela sus proyecciones imaginarias, pero además el juego sigue, con lo que las relaciones se muestran intercambiables. Nadie ocupa una posición fija, ni siquiera el terapeuta y el observador que alternan sus funciones cada sesión.

A partir de la escena, el fantasma toma cuerpo, en las múltiples combinaciones que cada uno suscita en los demás, a la hora de intentar restablecer esa unidad primitiva sólo posible en lo imaginario. En la representación, bajo la presión de la mirada, la presencia y con ello la diferencia que los otros introducen, cada uno se encuentra repetidamente frente al agujero, la puesta en evidencia de la falla y no puede volverse atrás. Porque juega con la ilusión, ésta se hace el lugar donde la verdad va a colocarse, desalojándola.

En su libro *El psicodrama* GENNIE y PAUL LEMOINE escriben: «Precisamente el juego se produce para mantener en obra la función de representación, que permite, en el encuentro, interpretar ese nuevo hecho en lugar de su-

frirlo y ver, en el objeto de transferencia, el simple soporte de su necesidad y no una persona real que respondería a ella de una u otra manera, aunque ésta fuera el rechazo».

En la vida cotidiana, el otro real vela —asimismo— la relación de cada uno a su deseo, porque resiste al fantasma, a no ser que desaparezca como otro. Mediante el psicodrama la substitución del objeto se produce de forma tan evidente, que es difícil sostener la fijación. No sólo cualquiera puede representar a quienquiera que sea por un solo rasgo, sino que detrás de cada representación surge una evocación de situaciones anteriores que muestran la repetición, y el espejismo se desvanece, al revelarse los significantes —imagen que tapan, obstruyen y paran la cadena significativa, convirtiéndola en máquina de repetición.

Además, la matriz del psicodrama es el juego del Fort-Da, en el que LACÁN nos muestra como secundario el hecho de que el niño se convierta con ello en agente de lo que padeció. Cito: «La hiancia introducida por la ausencia perfilada y siempre abierta, permanece causa de un trazado centrífugo donde lo que abandona no es el otro en tanto que figura en la que se proyecta el sujeto, sino ese carrito unido a él por un hilo que aguanta, donde se expresa lo que de él se desprende en esa prueba, la automutilación, a partir de la cual el orden de significancia se pondrá en perspectiva».

Se hace, por tanto, objeto *a* simbolizando

a través de la bobina, mejor dicho, en esos dos significantes que ya la hacen innecesaria fort-da, se mutila y es algo de él mismo lo que salta el foso abierto por la ausencia de la madre.

LACÁN acaba el capítulo dedicado a la repetición con estas palabras: «El conjunto de la actividad —el juego del fort-da— simboliza la repetición, pero no, en absoluto, la de la necesidad que apelaría al retorno de la madre y que se manifestaría simplemente con el grito. Es la repetición de la partida de la madre como causa de una Spaltung en el sujeto —superada por el juego alternativo, fort-da, que es un aquí o allí, y que no apunta en su alternancia más que a ser fort de un da y da un fort. A lo que apunta es a lo que esencialmente no está allí, en tanto que representado— pues el juego mismo es el representante de la pulsión» (que por sí misma no tiene representación). En el psicodrama, como el nieto de FREUD, jugamos con la presencia sobre un fondo de ausencia, esencialmente de lo que algún día sucedió. Punto de encuentro de lo imaginario y lo simbólico que transforma la repetición compulsiva en representación simbólica.

Si tenemos en cuenta que el conjunto de la actividad simboliza la repetición, encuentro como lo real, ¿no estaremos operando en el enclave mismo de la división del sujeto, en el paso del S1 al S2? Ese interrogante —y sus posibles efectos— relanza, por lo pronto, mi deseo hacia el trabajo futuro.



---

# PSICODRAMA Y PSICOSIS

---

MERCEDES OLMO ANDREU

## RESUMEN

«La enfermedad mental consiste en no ser capaz de encontrar a nadie que nos pueda aguantar». Estas palabras, dichas por un amigo de Winnicott, me impresionaron. Tal es la situación de Julia. Nadie puede aguantarla. Su familia altamente patológica la empuja a la locura. O bien ella solicita continuos internamientos en el psiquiátrico como única posibilidad de supervivencia. En un estado delirante llegó al Hospital de Día. Allí tampoco pudimos aguantarla. Ni los pacientes ni el equipo terapéutico. Evacuaba sin ninguna capacidad de contención todas sus ansiedades y fantasías, creando en los otros grandes temores de ser invadidos y la necesidad de expulsarla. Se la expulsó de las actividades comunitarias. Pero seguía presente, tanto en el grupo de pacientes como en el equipo.

Sólo el juego pudo contenerla.

A través del juego y de las técnicas psicodramáticas pudo expresar y dar forma a sus fantasías, demostrándonos en la sesión, que a continuación se expone, que en el espacio psicodramático es posible expresar las ansiedades más primitivas, concretizarlas y hacerlas presentes con una forma y unos límites.

Julia pudo diferenciarse de la locura y asumir posiciones más sanas, reconocerse y de-

limitarse entre los miembros de su familia y por unos instantes salir de la confusión y conseguir que otros la aguantaran, se emocionaran con ella y sintiesen deseos de ayudarla.

## INTRODUCCIÓN

En el trabajo psicodramático con pacientes psicóticos, es de vital importancia la creación de un marco estable. En nuestro caso, ya que el grupo de pacientes es abierto, y en continua situación de cambio, por las altas o nuevos ingresos que se producen durante el tratamiento, la garantía de continuidad viene dada por la propia Institución en la que trabajamos (Hospital de Día. *Torre de la Creu*. Sant Joan Despí. Barcelona), y por el equipo terapéutico.

No me detendré en la descripción detallada del encuadre en nuestra tarea. Remito a los interesados a los trabajos de otros miembros del equipo terapéutico, realizados con anterioridad al que ahora presento. (Ana M.<sup>a</sup> González, 1981), (C. Rosales, 1982).

Quisiera, ante todo, reflexionar sobre la capacidad contenedora, y por ende, integradora, de jugar en psicodrama. Jugar es hacer, nos dice Winnicott. Y para hacer, para jugar, es necesario un mínimo de diferenciación entre realidad interna-externa, de reco-

nocimiento de los límites entre yo-no yo, de posibilidad, en definitiva, de relación con otros. Esto, que tiene que ver con un proceso natural de crecimiento en la persona sana, está gravemente distorsionado en las personas con un funcionamiento psicótico. Por lo que jugar se convierte en una tarea sumamente difícil, y a veces imposible, para ellos. Así pues, nuestra principal función en el trabajo psicodramático con este tipo de pacientes, consistirá en posibilitar experiencias integradoras, que les permitan diferenciarse y salir, en lo posible, de la confusión.

El psicodrama crea un espacio lúdico separado de la realidad, el escenario, que posibilita la expresión de afectos, ansiedades y fantasías, incomprensibles y amenazantes. El como si dramático proporciona una mayor seguridad psicológica a los pacientes.

Diferenciar y separar claramente el contexto dramático (imaginario), de la realidad (grupal, social), permite que el protagonista se sienta más libre y dispuesto a jugar con lo que hasta entonces le estaba prohibido. A través de la acción simbólica que significa jugar, podrá ir viviendo de manera nueva y más espontánea sus conflictos y su relación con los demás. En el trabajo con pacientes psicóticos es imprescindible que no perdamos de vista su dificultad para la acción simbólica. El símbolo, en muchas ocasiones, es igual al objeto simbolizado. Esto supone, al equipo, estar muy atento y ayudarles a diferenciar entre lo imaginario y lo real, a fin de evitar la confusión. Es frecuente que no discriminen entre el personaje representado y su propia persona, que no puedan mantenerse dentro de un rol, sobre todo si se sienten comprometidos emocionalmente. En este sentido, hemos comprobado la utilidad del objeto intermediario (máscaras, túnica, títeres...), tal como lo describe J. ROJAS-BERMÚDEZ.

El psicodrama es acción. Partiendo de esta idea, considero más rico para todos ir reflexionando en esta ocasión, sobre una experiencia viva. Presentaré una sesión de psicodrama, que tuvo lugar en el Hospital de Día hace aproximadamente un año. En ella interviene el equipo de psicodrama, compuesto por un terapeuta-director y dos yo-auxiliares. El grupo está formado por unos veinte pacientes, en ese momento.

El material clínico que iré comentando nos permitirá reflexionar sobre las distintas intervenciones, las posibilidades y cambios introducidos en la técnica, ansiedades y defensas del protagonista y del grupo, recursos, logros terapéuticos, errores..., etc. Y con todo ello, aprender de la experiencia.

Antes de comenzar a exponer dicho material, quisiera comentar cuál era la situación de la protagonista, en ese momento, en el Hospital de Día y en relación al grupo de pacientes.

Julia, así la llamaremos, llegó al Hospital de Día tras un internamiento psiquiátrico en una unidad de agudos. Se trata de una paciente psicótica, con un funcionamiento mental muy primitivo y desorganizado. Con una familia también muy perturbada, que no puede hacerse cargo de sus propias dificultades, ni de las de Julia, en la medida en que le corresponde.

La paciente se muestra sin ninguna capacidad de contención. Evacua sus ansiedades y fantasías, creando en el resto de pacientes grandes temores de ser invadidos y la necesidad de expulsarla. Utiliza las actividades, especialmente la asamblea, en donde nos reunimos diariamente la totalidad de pacientes y equipo, para evacuar, invadir, provocar... Con todo ello genera un clima grupal presidido por la confusión y la tendencia a excluirse o excluirse.

El equipo decide que no esté presente en la asamblea, a fin de evitar que se desorganice más. Nos planteamos incluirla en la sesión de psicodrama y trabajar con ella, si es posible, sus dificultades de contención, su confusión interna, en un marco que la ayude a diferenciar mínimamente la realidad interna de la realidad externa, y le permita contenerse algo mejor. Con la hipótesis de que si esto sucede, su presencia en el grupo resultará menos amenazante.

## LA SESIÓN DE PSICODRAMA

### ETAPA DE CALDEAMIENTO

En esta sesión inicia el caldeamiento un yo-auxiliar del equipo. Se trata de un caldeamiento específico. Queremos trabajar con

los pacientes la diferenciación entre espacio imaginario y realidad. Nos interesa conseguir que el grupo se acerque a ese espacio lúdico (escenario), sin temor y que pueda expresarse en él.

El yo-auxiliar describe un escenario inexistente en la realidad. Va introduciendo a los pacientes en el mundo de lo imaginario. Les ayuda a ver con una nueva mirada. Inicia él la tarea. Sube al escenario y muestra sus sentimientos de vergüenza porque le miran. De este forma, expresa a los pacientes un temor que sabemos también existe en ellos. Temor a mostrarse, a ser mirados, juzgados por los otros.

El yo-auxiliar les viene a decir que sabe de sus resistencias. Las toma como algo natural, también vividas por él, y se torna un ser humano ante ellos, mostrándose él mismo avergonzado. Convierte este temor en algo que se puede mostrar y tratar con el grupo, estimulándoles a la expresión de sus sentimientos, en un marco poco persecutorio.

Winnicott dice: «Cuando se trabaja con personas esquizofrénicas, el mantenimiento de un marco adaptable al yo se hace esencial. La confiabilidad o estabilidad del marco es una experiencia primaria».

El espacio psicodramático debe convertirse en un marco estable y confiado, que favorezca la expresión y elaboración de los conflictos, y por lo tanto el desarrollo del yo de estos pacientes.

Tras el yo-auxiliar, un paciente sube al escenario, tropieza y se va. Nos muestra su torpeza, sin miedo a hacer el ridículo. Se siente confiado. Otro paciente se burla del público. Tampoco le resulta tan peligroso, desde el escenario, mostrar su agresividad. Y desde ahí puede sentir el entorno como menos amenazante. Este paciente en el contexto grupal es incapaz de manifestar su hostilidad abiertamente. Se presenta ante los demás como sumiso y colaborador.

Julia, la paciente protagonista de esta sesión, también sube al escenario. Da un salto y con cara de asombro, mirando al público, dice: «¡Qué disgusto! ¡Qué lástima!». Saltando saltos. La paciente se siente disgustada, apenada, siente lástima ¿de sí misma? ¿Será porque el grupo no la acepta? Expresa sentimientos de pena, adecuados a la reali-

dad que vive en el contexto grupal. Ha sido rechazada por el grupo y se la ha expulsado de las actividades comunitarias. Hoy vuelve a incluirse en la sesión de psicodrama. Su exclamación «¡Qué disgusto! ¡Qué lástima!» es muy valiosa. Supone un reconocimiento de estos sentimientos en ella, quizá por la situación que vive en el grupo. Puede manifestarse apenada y reconocer que necesita a los otros no sólo para evacuar en ellos, como ha hecho hasta ahora, sino de una manera más evolucionada.

Otro paciente expresa sus ansiedades de tipo persecutorio, gritando al público «¿Por qué me miran?».

Sigue el caldeamiento con la representación, ahora ya, de personajes (D. Quijote, Sancho Panza, un cantante, una modelo). El público se compromete con lo representado y desde el contexto grupal participa, aplaudiendo, solicitando la salida a escena de algún personaje, silbando si no le gusta la actuación... Ya no son meros espectadores. Forman parte activa de lo que acontece en el escenario. J. Levi Moreno explica la importancia que tiene el público «para personas emotivamente aisladas, para personas que nunca pudieron conseguir ningún status, para personas como los psicóticos, que perdieron su mundo debido a la influencia de ideas delirantes y alucinaciones de un mundo nuevo. Para estos tipos de sujetos el público tiene la función de opinión pública. No es un público invisible o indirecto, es visible, y directo, se sienta ante él, observa y juzga sus acciones».

Otro autor, H. SEARLES, comenta: «Lo que no queda validado por nuestros semejantes tiende a quedar disociado de la propia conciencia».

La directora toma lo que de manera espontánea ha surgido del grupo: la representación de personajes, y lo da como consigna para seguir trabajando. Julia comenta: «Esta noche me ha pasado una cosa. Había un hombre merodeando fuera de mi casa». Es invitada a representar ese personaje y a salir al escenario.

Entramos así en la etapa de dramatización. De una manera fluida y espontánea, gracias a que el caldeamiento ha conseguido su objetivo: «poner al grupo en actividad para que

se manifieste a través de sus interacciones y permita observar la dinámica en juego que dará origen al Protagonista» (J. Rojas-Bermúdez).

### Primera escena

*Julia:* «Necesito un hombre».

Elige a un paciente considerado en el grupo como *líder*. Se trata de una personalidad más *sana* que el resto. Entre Julia y él existe una relación hostil, ya que éste intenta hacerla callar cuando ella, de manera incontinente, expresa sus vivencias. Quizá para Julia ese hombre que merodea representa su temor a que la salud entre en ella. Puede que en este momento *sanar* le resulte algo peligroso.

Vemos aquí la importancia en la elección de los distintos personajes por parte del protagonista. En nuestra práctica, generalmente, es el paciente protagonista quien elige y adjudica los roles a representar.

Julia define las características de ese hombre: «Un hombre fumando, tosiendo y merodeando por fuera de la casa».

Para ayudar a que la paciente diferencie mejor dentro-fuera, marcamos el espacio que representará *su casa* con cuerdas. El resto del escenario será *afuera*.

Se inicia la escena:

Julia está durmiendo en su habitación. Se levanta. Va al W.C. Se lava la cara. Mira por la ventana y ve a un hombre fuera. Cierra la ventana.

Proponemos un cambio de roles. Repiten la escena de manera idéntica. La técnica de la inversión de roles suele ser bien aceptada por los pacientes. Generalmente proporciona elementos valiosos al director y al yo-auxiliar para proseguir la escena. En esta ocasión no ha sido así. La utilización de esta técnica no nos ha permitido conocer nada nuevo, por lo que pedimos un soliloquio a cada uno, desde la inversión de roles.

*Hombre:* Me molesta que me miren cuando hago cosas. Quiero que me miren cuando yo quiera.

*Julia:* Estoy paseando. Oigo ruido de un niño y pregunto qué pasa en la casa.

Ahora sí hemos obtenido una nueva información: la presencia de un niño en la casa. Guardamos este dato, por si conviene utilizarlo más adelante, teniendo en cuenta que en la vida real la paciente tiene un hijo pequeño.

Sigue la escena. Indicamos que asuma cada uno, de nuevo, su rol.

*Hombre:* Buenos días.

*Julia:* ¿Qué quiere? ¿De dónde ha salido? Se va a morir de frío. (En tono provocador).

*Hombre:* Sólo le he dado los buenos días.

*Julia:* No tiene por qué mirar mientras hago mis necesidades. (Enfadada. Ha sido rechazada en sus insinuaciones).

*Hombre:* Yo sólo la conozco de vista.

*Julia:* Le perdono. (En una actitud omnipotente).

### Inversión de roles

*Hombre (J):* Yo miraba al suelo.

*Julia (H):* Yo soy muy limpia. Estoy casada.

Tengo un hijo. (El hombre, representando a Julia, repite algo que ella dice frecuentemente. Relaciona *ser limpia*, con su estado, con su sexualidad, estar casada y tener un hijo, y conecta con los sentimientos de la paciente de sentirse *sucia*, infiel, mala madre y esposa).

*Hombre (J):* ¿Por qué fuma? No se preocupe. Tiene una casa. Me encuentro mal, dilo. ¿Qué le voy a hacer? No tiene remedio. Esto es un manicomio.

La paciente se confunde. Aparece la confusión como defensa.

El yo-auxiliar ha dado en la llaga. Ha conectado con un conflicto esencial en ella. Su sexualidad, su maternidad, *hacer sus necesidades*, la confusión entre todo ello. Además de su confusión interna, en la realidad externa esta paciente vive en unas condiciones muy penosas, que todavía favorecen más este estado.

Ella, su marido y su hijo viven en la casa paterna, en una situación muy precaria, sin WC, y sin ningún espacio en donde pueda tener intimidad. Todo se ha de hacer en presencia de todos.



**De nuevo se les indica que vuelvan cada uno a su rol**

*Julia:* ¿Qué voy a hacer? Mis padres creen que estoy loca.

*Hombre:* Tiene que estar en el manicomio.

*Julia:* Estoy loca.

*Hombre:* ¿Qué le pasa?

*Julia:* La locura ataca como el amor. No me haga poner romántica. (Pone en relación la locura y el amor. Ambas cosas son peligrosas para ella).

*Julia:* Me están siguiendo para decírselo a la Conchi.

(Se siente perseguida. Ha intentado defenderse erotizando la situación, pero fracasa. Proyecta su ansiedad persecutoria en Conchi, un miembro del equipo terapéutico. Se trata de la yo-auxiliar femenino, que más adelante identificará con la madre).

La directora solicita al público su opinión sobre cómo seguiría la escena. Es una técnica que empleamos con frecuencia y que nos da buen resultado. El público se implica y es destacable comprobar cómo conecta con las fantasías del protagonista. En este sentido los pacientes psicóticos son muy directos, de una gran sensibilidad, y captan muy acertadamente las fantasías inconscientes de los otros.

*Público:* Que salga un merodeador con malas intenciones.

*Julia:* Que salga mi madre. (Todo el aspecto persecutorio está puesto en la figura de la madre).

Julia selecciona entre el público sus personajes: marido, padre, madre (la yo-auxiliar mencionada anteriormente) y a su hijo. Describe el cometido de cada uno. Los padres acostados, en la misma cama. Juntos, pero sin tocarse. Cada uno mirando a un lado. Se dan la espalda. (Esta descripción aporta una información muy rica. Que nos sugiere que en la realidad mental de la paciente los padres forman una pareja separada. Con una relación muy conflictiva entre ellos. Esta fantasía de la paciente se confirma en la realidad externa. Sabemos que existe una gran incomunicación entre ambos, un divorcio emocional).

El marido durmiendo *como un tronco*. Ella duerme a su lado. El niño a los pies de

la cama. Llorando. (Nos presenta a un marido impotente, muerto sexualmente, *como un tronco*).

**Segunda escena**

El niño se despierta. Llora. Ella lo cambia y lo tapa, dejándolo nuevamente en la cuna.

*Julia:* (Se dirige al marido). No te das cuenta. El niño llora. ¿Qué hacemos con él? ¿Ves qué bonito? Un hijo para que lo cuide la madre. Ponte a dormir.

*(Al niño):* No, nene. Calla. No me pongas nerviosa.

(Se siente desbordada. Incapaz como madre. No puede apoyarse en el marido, ni tampoco se lo permite. Por una parte le reprocha que no comparte el cuidado del hijo con ella; y, por otra, le ordena que siga durmiendo).

*Julia:* Mamá, despierta. Oigo ruidos. Tengo miedo. He visto a un hombre fumando, fuera. (El merodeador).

*Madre:* Son imaginaciones tuyas. Venga, duérmete. (Julia intenta que la madre esté con ella. La obliga a despertarse con *sus imaginaciones*, con la amenaza de que un hombre quiere entrar en la casa. Como si quisiera impedir a la madre que siga junto a su marido, en unión con él).

Es al día siguiente. Se levantan. Madre e hija empiezan a discutir.

*Madre:* Estoy harta. Aquí no cabemos. (La madre responde a la provocación de Julia. Parece que se siente amenazada realmente por la presencia del merodeador, aunque sean *imaginaciones* de la hija. ¿Hasta dónde puede diferenciar la locura de Julia, o se confunde con ella?).

*Julia:* Me llevas al manicomio otra vez. (El manicomio aparece como su segunda casa, su refugio. Necesita un lugar en el que la presencia del merodeador no sea peligrosa. Si no cabe en casa, ¿adónde va a ir? Es incapaz de plantearse una vida autónoma, con su marido y su hijo).

*Julia:* Yo no puedo más. Ninguno de los dos. Bibi ¿Por qué buscas bailarinas? (Se di-

socia. Se trata de un mecanismo que utiliza cada vez que entra en conflicto. Preferimos no entrar en ello para no fomentar la dispersión).

*Marido:* Tenemos que buscar un piso e irnos a vivir solos.

*Julia:* Ahora lo has dicho.

Solicitamos un *cambio de roles*, para seguir explorando la relación entre la pareja.

*Marido (J):* Estate tranquila, nena. Ves con cuidado. Si no sales de ésta, me pego contra un coche.

*Julia (M):* ¿Qué vamos a hacer? Mi madre nos echa de casa.

*Marido (J):* Yo contigo no me voy. No sirves para nada. (Vemos cómo Julia, representando a su marido, muestra una situación de riesgo. Según ella, él también está desbordado. A punto de enloquecer y sin posibilidad de tomar ninguna decisión. Además Julia nos lo presenta sin ninguna confianza en ella, en su capacidad de mejorar y de salir de esta situación.

Se les indica que asuman cada uno su rol y sigue la escena.

*Julia:* No sirvo para tener un hijo, mamá.

*Madre:* No te puedes ir. Yo cuido de ti. Hago la comida, limpio la casa, cuido a tu hijo...

(Sólo cuando la hija reconoce su incapacidad, la madre puede ocuparse de ella. La yo-auxiliar pone de manifiesto y remarca sus dificultades. La paciente depende totalmente de la madre. Reproduce el tipo de comunicación que supone es frecuente entre madre-hija: Vete-no te puedes ir. La paciente está atrapada).

*Julia:* Estoy que trino.

*Marido:* Yo también.

*Julia:* De mí no se ríe nadie. (Se pone desafiante. Siente toda su incapacidad. No puede irse, aunque quiera. Por otra parte, el marido es demasiado débil, y, como ella, incapaz de buscar una solución).

*Padre:* ¿De quién es la casa?

*Julia:* Mira el rojillo éste. Y mira qué callado está mi marido. (Hay una desvalorización total hacia los elementos masculinos de la familia. No tienen ninguna autori-

dad. No cumplen su función. Intenta enfrentarlos, atacando al padre y provocando al marido).

*Marido:* Yo estoy en tu casa y no puedo hablar.

Se solicitan *soliloquios*:

*Hijo:* Me siento bien. Soy pequeño y no puedo ver las ruindades de las personas mayores.

*Marido:* Estoy mal. Desplazado. En una casa ajena. Con problemas no sólo de mi matrimonio, sino de los demás.

*Padre:* De algunas cosas no me enteraba. Dormía. La voz la tendría que tener yo, pero no es así.

*Madre:* Me siento muy mal. Es un desastre, tengo una hija que se ha casado y no puede hacerse cargo de nada. No es responsable. Y tampoco se puede ir de casa.

*Julia:* Soy una hija que tiene un niño. Estoy cansada. No sé por qué me casé. Me siento apenada. Esto es un drama, una realidad. Quiero ir al lavabo. (Sale de la sala y va al WC).

En este soliloquio la paciente contacta de manera vivísima con su realidad. No puede más. Se siente como una niña pequeña, incapaz como esposa y como madre. «Soy una hija que tiene un niño», nos dice. Ha fracasado y se siente apenada. Es un momento de gran intensidad emocional. El compromiso es muy alto para la paciente. Necesita distanciarse, evacuar. Sale de la sala y va al lavabo. Se le permite esta ruptura. El peso es demasiado grande para ella. Si no se respeta su demanda, se la puede comprometer más de lo que ella puede soportar. El resultado sería una mayor desintegración. La paciente ha conectado con sentimientos muy dolorosos y se siente incapaz de tolerarlos. Sólo ha contactado fugazmente con ellos, necesitando de inmediato la evacuación, no sólo psicológica, sino física. A pesar de ello, nos parece un logro importante en esta paciente. En su estado, con un funcionamiento mental tan primitivo, que haya sido capaz de contactar emocionalmente con sus sentimientos de incapacidad, sin desorganizarse excesivamente, se convierte en una vivencia de gran valor terapéutico.

## COMENTARIOS

La directora solicita la opinión del público sobre lo representado hasta ahora. Aquí realizamos una variación sobre el orden clásico de la sesión. No esperamos hasta el final de la misma para la etapa de comentarios. Hemos visto que con pacientes psicóticos la riqueza de situaciones, conflictos, emociones, es tanta, se dan de una manera tan condensada, que es preferible realizar escenas breves y comentarlas. Si no se hace así, corremos el riesgo de dejar escapar la vivencia momentánea y de que lo vivido haya perdido su intensidad, o haya sido anulado, negado conscientemente por los pacientes. En ese caso, los comentarios se pueden convertir en una defensa, en algo intelectualizado y sin ningún valor terapéutico.

Si bien es así, también lo consideramos desde otro punto de vista. Ante escenas con un fuerte contenido emocional, que implican en gran medida a los pacientes, la etapa de comentarios permite una distancia beneficiosa. Los pacientes psicóticos tienden a seguir viviendo lo emocional como única realidad. Introducir los comentarios les ayuda a incorporarlo, tras la vivencia, de una forma más elaborada, más integrada. Este proceso es facilitado por las distintas perspectivas de los acontecimientos, que ofrece cada miembro del grupo y por las aportaciones del equipo.

Se hacen comentarios como:

1. Tu madre te quiere demasiado.
2. La madre hace el papel del padre. El padre ninguno. Julia tiene que cambiar y cambiará toda la familia.
3. Julia y la madre representaban un papel auténtico. Se notaba porque se entendían.

(Los comentarios van focalizando el conflicto entre madre e hija). Una parte del público cree que la única posibilidad consiste en que el matrimonio y su hijo se queden a vivir con los padres. Otra parte, cree que la solución es que se vayan a vivir solos. Proponemos que se representen las dos escenas.

### Tercera escena (*Todos juntos*)

*Julia:* No se puede vivir así. Tú te estás riendo de mí.

*Marido:* Tú y yo tenemos que formar una familia, pero no podemos mientras tú estás así. (Responsabiliza totalmente a Julia de la situación).

*Madre:* ¿Qué te parece esto? (Dirigiéndose al padre).

*Julia:* Tenemos que tomar una decisión. Ayer estaba de acuerdo. Pero ya no te quiero. Tú te vas con otras.

*Marido:* No me voy. Eso lo ves tú, por los celos. (La paciente proyecta en el marido su propia situación. En el Hospital de Día ha entablado una relación de pareja con otro paciente).

*Padre:* Él quiere ayudar (refiriéndose al marido).

*Marido:* Nos quedaremos a ver si mejoramos tú y yo.

*Julia:* *Tenemos que aguantar.* (La paciente sabe que no se puede ir. No sólo por sus dificultades, sino por las del resto de la familia. Ella está manteniendo a los padres *unidos*, con su enfermedad, aunque esa unión sea muy maligna).

*Padre:* No te quejes. Si tú eres mi vida. (Le confirma que él la necesita).

*Julia:* Si siempre me has odiado. Mira mis ojos.

*Madre:* Tenéis que decidir. Estoy harta. ¿Os vais u os quedáis?

*Marido:* ¿Quieres irte?

*Julia:* ¿Cómo me voy a ir? ¡Si me estoy enamorando de otro!

*Madre:* Poneos de acuerdo.

*Marido:* Tienes que cuidar del niño.

*Julia:* Yo soy Dios.

(La yo-auxiliar madre deja en manos de la pareja la decisión que debe tomar. Pero ellos no pueden asumirla. El marido es un hombre muy inmaduro. La paciente es consciente de su incapacidad. Ante ésta, exclama: «Yo soy Dios», como una ironía que indica todo lo contrario, o como una defensa maníaca).

### Cuarta escena

(*La pareja y el hijo viven solos*)

Describen la distribución del piso. Olvidan el dormitorio de matrimonio. Se les señala y lo añaden.

El marido sitúa la escena: «Yo trabajo 10

horas diarias. Son las 8 de la tarde. Estamos sentados en la salita. El niño ya ha cenado y ahora estamos charlando».

*Julia:* ¡Qué piso! ¿Ya te portarás bien? (Muy seductora).

*Marido:* ¿Qué has hecho hoy?

*Julia:* (Se sienta en el suelo. Le invita a que se siente a su lado). ¡Ya te estás pasando!

Ya no hay besos ni nada, como antes.

*Marido:* ¿Te parece que soy poco afectivo?

*Julia:* Yo puedo estar sola, pero tú no. Te irías con otras mujeres.

*Marido:* No. Son imaginaciones tuyas.

*Julia:* Imaginaciones. (Finge que llora).

(Es importante tener en cuenta que por primera vez la pareja puede abordar un conflicto íntimo: su relación afectiva, su sexualidad. Tener una casa propia, sin la continua presencia de los padres, les ha permitido ocuparse de sus problemas).

*Marido:* ¿Por qué lloras?

*Julia:* Porque soy cursi.

*Marido:* ¿Y el niño?

*Julia:* Tiene fiebre.

*Marido:* ¿Lo has llevado al médico?

*Julia:* Mi madre lo llevó.

*Marido:* No puedes prescindir de tu madre.

(Tomamos la intervención de la paciente. Julia intenta separarse de la madre, pero no puede. Es comprensible. No podrá separarse físicamente de ella, mientras no pueda hacerlo internamente. Hay que ayudarla a que realice esta labor, lo que no consiste precisamente en potenciar una ruptura, sino en que pueda diferenciarse internamente de ella, e identificarse con una madre protectora, que le permita su autonomía y la apoye en su crecimiento).

La directora da la consigna a la yo-auxiliar de que en un extremo del escenario (que representa la casa materna), realice un soliloquio en voz alta, mostrando su preocupación por la hija.

*Madre:* ¿Cómo estará mi hija? ¿Estará bien?

¿Será capaz de ocuparse de la casa y del niño?

(La yo-auxiliar utiliza la palabra *capaz*. Le está expresando desde su rol de madre, que desea que se capacite y que no sólo se ocu-

pará de ella si se muestra totalmente incapaz).

*Julia:* (Desde su casa). Voy a llamar por teléfono a mi madre. Para mí lo primero es mi hijo porque lo he parido. ¡Ay! estoy mal de la cabeza. ¿Qué estará haciendo mi madre? ¿La puedo llamar?

(Hay una necesidad de control sobre la madre. Sugiere que en la fantasía de la paciente la madre puede estar en unión sexual con el padre. La comunicación telefónica le permite respetar el espacio imaginario. No se confunde. No se dirige directamente a la madre y puede distinguir que cada una está en una casa. Utiliza el teléfono como medio de comunicación. Esto nos da idea de que en ese momento no existe tanta confusión entre dentro-fuera, que los límites están más definidos y que el contacto con la realidad es adecuado. Podemos suponer que el teléfono como objeto transicional, ha posibilitado que la paciente se sienta unida a la madre, sin que ésta se halle presente físicamente). Julia llama por teléfono.

*Madre:* Diga.

*Julia:* Hola, mamá. Soy yo. Estoy muy contenta.

*Madre:* Yo también, hija. Tenía muchas ganas de que me llamaras.

*Julia:* Mamá, vendré el fin de semana. Mi marido está mejor y más tierno. Después de cenar iremos a dormir, ¡pero a dormir sólo! (¿Necesita el permiso de la madre para tener una sexualidad adulta? ¿Teme que la madre no se lo permita? ¿O intenta generar su envidia, mostrándole un marido tierno y cariñoso?). El niño me da mucho trabajo.

*Madre:* ¿Quieres que te vaya a ayudar?

*Julia:* No. Mi marido no quiere que vengas a casa. Dice que he de hacer las cosas yo.

*Madre:* Pues entonces, venid el domingo a comer a casa.

*Julia:* Muy bien. Sí que iremos. Adiós.

*Madre:* Adiós.

(La paciente se muestra con una sexualidad muy infantil, pregenital. No puede hacerse cargo de una sexualidad madura, ni de su maternidad. De inmediato aparece su dificultad para ocuparse del hijo. No acepta la

ayuda de la madre. Ella sólo desea excitación sexual y vive a la madre como persecutoria y castradora).

## ETAPA DE COMENTARIOS

(Imagen para sintetizar)

Ya hemos comentado anteriormente nuestro criterio sobre esta etapa. Generalmente comentamos las escenas, sin esperar a finalizar la etapa de dramatización totalmente. Incluso, a veces, el tiempo dedicado a los comentarios finales es muy breve. Consideramos más útil para los pacientes psicóticos resolver sus conflictos mediante la acción, que mediante la verbalización posterior, sobre todo si ésta se pospone hasta el final de la sesión. Estamos convencidos de que un mismo tema de dramatización se repite hasta que el material que contiene ha sido suficientemente elaborado.

En esta sesión, atendemos básicamente a los comentarios de una paciente del público, que nos parece el emergente grupal. Trabajamos con la técnica de la imagen, sintetizando así el contenido de la sesión.

### Comentarios

*Antonia:* Se ha solucionado el problema. No estando el padre ni la madre, hay más tranquilidad.

*Directora:* ¿Cómo se han sentido cada uno en estas dos escenas?

*Niño:* Mejor en la segunda. Más seguro. Mis padres no se separan.

*Marido:* Bien en la segunda. Aunque seguía habiendo mucha dependencia entre madre e hija.

*Antonia:* Yo no he visto demasiada dependencia. Es normal que se preocupen la una por la otra. Yo tampoco podría estar mucho tiempo separada de mi madre. (Conecta lo representado con sus propias dificultades. El conflicto ya no está fuera, proyectado. No es ajeno al grupo. Se ha convertido en una vivencia común).

*Julia:* En la segunda escena me he sentido mejor. Podía exteriorizar mis nervios.

*Madre:* Estaba preocupada por mi hija, pero permitiéndole que viva su vida, con su

familia, las cosas están más calmadas en su casa y en la mía.

*Padre:* Me he sentido bien, porque he visto que se han reconciliado.

*Antonia:* Si no cambia Julia, no cambiaré nada. Le gusta ser el centro de atención. Es egoísta. Si en tu casa eres así, el problema eres tú. (Posiblemente está envidiosa porque Julia ha sido la protagonista de la sesión).

*Julia:* El problema no soy yo.

En este momento la directora solicita a Antonia una imagen sobre lo representado. Ella está muy implicada en este conflicto. Lo ha hecho suyo. Pretendemos que a través de la imagen pueda simbolizar sus contenidos afectivos y nos parece una buena técnica para recoger y sintetizar lo que el grupo ha vivido durante la sesión.

### Primera imagen

El marido en actitud despreocupada. «Hace muy bien el papel».

El padre en un rincón. «Como un cero a la izquierda».

La madre en primer plano. «En una actitud muy dominante, queriendo ayudar a Julia, pero sin saber llevarla por el camino adecuado». (Está mirando a su hija con las manos en la cabeza, la boca abierta, como si gritara. En una actitud de estar muy enfadada con ella, y a la vez como de estar horrorizada o asustada por algo).

Julia mirando a su marido, «en actitud de bronca».

El niño junto a la abuela. Sentado en el suelo. Llorando.

La imagen realizada nos permite poner de manifiesto una diferencia importante entre lo que Antonia dice y lo que hace. Según sus palabras el centro de atención es Julia. En la imagen el centro de atención es la madre. Se lo señalamos.

*Antonia:* Creo que Julia sin su madre no sería nada y su madre sin Julia tampoco. Tú eres tú y tu madre es tu madre. Ella te quiere ayudar, pero no la deja tu hijo.

(Capta muy bien, quizá porque corresponde a su propia vivencia, la dificultad mutua de separación entre madre e hija. Pero evita

el conflicto, convirtiéndose en responsable de la situación al niño pequeño. De esta forma madre e hija son liberadas del problema. No son responsables de nada.

A nosotros la imagen nos sugiere que la madre de Julia está asustada ante la posibilidad de perder a su nieto. Ella necesita hijos pequeños, dependientes, a quienes cuidar, y tanto la paciente, como su hijo, satisfacen esta necesidad).

Nos centramos en la relación madre-hija y solicitamos una imagen de las dos.

### Segunda imagen

Una frente a otra. La madre apoyando su brazo en el hombro de Julia. Ésta, mirándola y llorando.

### Soliloquios

*Madre:* Necesito a mi hija.

*Julia:* (Llorando). La quiero mucho. Necesito a mi madre. ¡Cómo la voy a dejar!

### Comentarios

1. Se han reconciliado. La segunda imagen es más real.
2. Hasta que no se separe de los padres, no puede haber reconciliación.
3. Ha sido un psicodrama muy complicado.
4. Se ha centrado en el problema de Julia, pero ha sido útil.
5. Se puede aprovechar.
6. Había una confusión inicial. Se ha hecho coherente.
7. Sólo se han visto actitudes que cambian, pero no una cosa que ocurre.

*Antonia:* El que no lo haya vivido y no lo haya sentido es porque no tiene sentimientos.

La última imagen focaliza el conflicto en la relación madre-hija. El responsable de las dificultades no es el niño pequeño. En los soliloquios ambas expresan su necesidad. No pueden separarse. La separación sería vivida por cada una de ellas como la pérdida de una parte de sí mismas. Su relación es muy simbiótica.

En los comentarios los pacientes no se implican. Creemos que hay un reconocimiento

únicamente intelectual. Nos parece sincero el comentario del paciente que expresa que ha sido un psicodrama muy complicado. El equipo comparte esta opinión. Es muy difícil, para estos pacientes, diferenciar entre lo imaginario y lo real, ser capaces de representar y asumir un rol sin confundirse, tolerar los sentimientos que se movilizan durante la sesión. Pero creemos que el psicodrama facilita la discriminación entre fantasía y realidad, y nuestro objetivo terapéutico consiste en conducirlos hacia la máxima diferenciación posible.

### CONSIDERACIONES FINALES

Una de las fallas más importantes en el desarrollo de personas con trastornos de tipo psicótico, consiste en la dificultad para diferenciar entre mundo interno-mundo externo, entre sujeto-objeto.

A lo largo de la sesión, vemos a una paciente que se presenta invadida por ansiedades persecutorias.

En una relación con la madre presidida por la fusión y la confusión.

A medida que avanzamos en las escenas, se hace más clara la dinámica familiar, para el equipo, poniéndose de manifiesto que se trata de una familia con escasa diferenciación entre unos y otros, sin límites bien establecidos y confusión en los roles que cada uno desempeña. En donde Julia se ha convertido en depositaria de toda la locura familiar. En un intento de falsa autonomización, crea su propia familia. Sobre una base frágil y ficticia, que la lleva al fracaso. Es incapaz de asumir sus funciones como hija, como esposa y como madre. Su familia, carente de todo miembro lo suficientemente sano, no puede ayudarla en sus dificultades, acrecentándolas en muchas ocasiones. En esta situación el movimiento del grupo es el de buscar culpables. Ya sea Julia como única responsable, ante lo que se le exige que cambie y así consiga cambiar a toda la familia. ¿En qué consiste este cambio? Sanar es vivido por la paciente como peligroso, pues coloca en una situación de riesgo al resto de los miembros de la familia. Si ella no es quien está *loca*, ¿dónde se deposita la locura familiar? ¿Qué se hace con

ella? Asumir cada uno sus propias dificultades es imposible para esta familia. Cuando la paciente o la familia viven el conflicto como intolerable, cualquiera de las dos partes recurre al ingreso psiquiátrico como maniobra de contención.

Parece que la única posibilidad que existe es que ella siga siendo quien está enferma, incapaz de ocuparse de sí misma, de asumir sus funciones de adulta y con una dependencia absoluta de la madre. De esta forma, también la madre satisface su necesidad de ocuparse de Julia como si fuera una niña pequeña, potenciando sus aspectos más regresivos.

Ante la idea de que los responsables del conflicto sean los padres, el grupo exige la ruptura con ellos, en una actitud omnipotente de no necesitarlos, de ser autosuficientes. Pero se dan cuenta de que no pueden valerse únicamente por sí mismos. Se sienten dependientes y necesitados.

Intentan evitar el conflicto convirtiendo en responsable a un tercero, al niño pequeño. Quedando así ellos, y en la relación con sus padres, liberados de toda responsabilidad.

Realizan una primera imagen muy persecutoria, en donde todos están enfrentados entre sí, sin ninguna posibilidad de reconciliación.

No se ven capaces de resolver esta situación. Aunque en los comentarios, Antonia, expresa que madre e hija tienen dificultades para separarse, no puede asumirlo. Eso significaría reconocer y poder hacerse cargo de esta dificultad en ella misma. Evita el compromiso haciendo responsable al niño.

El equipo interviene, centrando la atención en la relación madre-hija.

Con la intención de retomar el conflicto existente entre dependencia-autonomía, dificultad de separación, incapacidad para tolerar sus limitaciones.

Con la segunda imagen se abre una posibilidad de encuentro. Madre e hija expresan su necesidad de permanecer juntas, unidas. En una relación con menos hostilidad y con mayor capacidad de reconocimiento.

Si analizamos la secuencia de la sesión, vemos que pasa de situaciones muy persecutorias que ponen en marcha funcionamientos muy primitivos, en la protagonista y en

el grupo, a escenas que están más en contacto con aspectos depresivos, con sentimientos de necesidad e incapacidad en los pacientes.

El hecho de que sean capaces de contactar mínimamente con estos aspectos de su personalidad, que puedan acercarse a situaciones que generan sentimientos dolorosos en ellos, conectar emocionalmente con sus carencias y sentimientos de limitación, aunque sea muy fugazmente, y sin que puedan hacerse cargo de todo ello, es vivido por nosotros como un logro. A lo largo de la sesión vemos que cada vez que la protagonista u otro miembro del grupo toma contacto con sus dificultades, ponen en marcha mecanismos defensivos para evitar el dolor. Pero sólo el hecho de que puedan llegar a conectar con sus conflictos ya nos alienta, y creemos tienen un gran valor en estos pacientes.

Ayudarles a permanecer en contacto con la realidad, favorecer la expresión de sus afectos, conducirles, hasta donde ellos y nosotros podamos, hacia el reconocimiento de sus dificultades, son objetivos que nos proponemos en nuestro trabajo. Sabemos la dificultad que supone todo ello para personas con trastornos psicóticos. También para nosotros, el equipo tratante, resulta difícil. Dejándonos llevar a veces por el desánimo. O, por el contrario, por una excesiva euforia, que nos impide reconocer la fragilidad de muchos de los logros obtenidos.

La sesión de psicodrama que he presentado fue vivida como un estímulo, por los miembros del equipo que participamos en ella. Y creo que también por los pacientes. Julia pudo permanecer con el grupo el tiempo que duró la sesión y el grupo pudo tolerarla, sin sentir la necesidad de expulsarla. No sólo estuvo físicamente con nosotros, sino que se convirtió en la protagonista, pero esta vez de una forma adecuada y aceptada por todos. Pudo jugar un rol, confundiendo en ocasiones, pero retomándolo sin excesiva dificultad. A lo largo de la sesión, expresó sus ansiedades, fantasías, dificultades, y el grupo las vivió con ella. Pudieron compartirlas con menos temor.

Todo ello nos alienta a posibilitar que la sesión de psicodrama se convierta en un espacio abierto, seguro, adaptado a las necesi-

dades de los pacientes. Y que permita el desarrollo del potencial de vida que todo ser humano posee.

## BIBLIOGRAFÍA

- CANADÉ, S.: *Teatro y Psicodrama*. Conferencia en la Casona de Alcolea. Marzo, 1985.
- CANADÉ, S.: *L'acte psicodramatic*. Trabajo presentado en el curso de Introducción al Psicodrama. La Coruña, 1982.
- CANADÉ, S.: *La técnica de la imagen en psicodrama*. Marzo, 1984.
- GONZÁLEZ, A. M.<sup>a</sup>: *Experiencias en psicodrama con psicóticos dentro del Hospital de Día «Torre de la Creu»*. Diciembre, 1981.
- En *informaciones Psiquiátricas* n.º 92-93, 2.º y 3.º trimestre 1983.
- MORENO, J. L.: *Psicodrama*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1976.
- ROJAS-BERMÚDEZ, J.: *¿Qué es el psicodrama?* Ed. Genitor, Buenos Aires, 1975.
- ROSALES, Cristina: *Nuestra experiencia en trabajo psicodramático con pacientes en régimen de Hospital de Día: El títere como objeto intra-intermedio*. Septiembre, 1982.
- SEARLES, H.: *Escritos sobre esquizofrenia*. Ed. Gedisa, Barcelona, 1980.
- WINNICOTT, D. W.: *Realidad y juego*. Ed. Gedisa, Barcelona, 1979.
- WINNICOTT, D. W.: *El proceso de maduración en el niño* (Estudios para una teoría del desarrollo emocional). *Psiquiatría/Papel* 451, Ed. Laia, Barcelona, 1981.



---

## PSICODRAMA EN LA INSTITUCIÓN DE CURA

---

MARIO POLANUER

Fritz Perls "las técnicas son locas"  
Lo importante no es la técnica que se  
implementa sino el deseo que la sostiene

Me parece necesario iniciar esta comunicación aclarando que, si bien algunos aspectos de la misma apuntan a cuestiones generales de la relación entre psicodrama, psicosis e institución, ésta se basa fundamentalmente en las reflexiones suscitadas por el trabajo que en los últimos cinco años vengo desarrollando en el Hospital de Día del Centro de Psicoterapia de Barcelona, y en las Comunidades Terapéuticas de Malgrat de Mar y de Arenys de Munt, desde hace dos años.

En estas tres instituciones mi situación es similar: acudo a ellas exclusivamente para animar los grupos de psicodrama, con un contrato a tiempo parcial, y tengo una relación con el equipo terapéutico muy laxa, aunque con matices para cada una de ellas.

Esta aclaración es necesaria por dos órdenes de razones. Primero, porque los grupos con los que esta experiencia se está desarrollando no son el resultado de la aplicación de ningún modelo, sino que están determinados por la permanencia de los pacientes en la institución. Segundo, porque algunas de las hipótesis que aquí expondré hacen referencia a la particularidad de mi vinculación a la institución.

En los tres lugares la demanda que se formulaba era similar: sostener un espacio de trabajo terapéutico abierto a la totalidad de los pacientes, cuya permanencia en el grupo

está asignada por su vinculación a la institución, que es de una duración que varía entre los tres meses y el año, y que por lo tanto excluye la posibilidad de decisión conjunta entre psicodramatista y paciente referida a entradas o salidas del grupo, con la consiguiente dificultad de anudar la relación transferencial con cada uno de los participantes.

Estas condiciones, que yo acepté como un real a partir del cual intentaría la experiencia, suponían además dos inconvenientes: la variación de los integrantes del grupo de sesión en sesión, y la coincidencia en cuanto a participantes del grupo de psicodrama con el resto de espacios grupales de la Institución.

A partir de lo anterior, surgen una serie de interrogantes, algunos de los cuales hacen a la posibilidad misma del trabajo.

A saber:

¿Cómo constituir un lugar heterotópico, con una especificidad tal que se distinga de los otros espacios institucionales, en el cual se articule un discurso particular?

¿Es posible para el psicótico hacer una discriminación entre los distintos espacios institucionales, y distinguir la posición a adoptar en cada uno de ellos?

No creo haber hallado respuestas definidas a estas cuestiones, pero intentaré una serie de hipótesis que quizá permitan recorrerlas.

## I

¿El psicodrama freudiano tiene una indicación específica en el campo de las psicosis?

Esta es una pregunta de gran actualidad entre los que trabajamos en esta línea, y últimamente han surgido gran cantidad de trabajos al respecto\*.

Además, el dispositivo psicodramático tiene algunas particularidades que parecen hacerlo adecuado para el trabajo con pacientes psicóticos.

Sintéticamente, enumeraré las siguientes:

1. El grupo: la presencia del otro real en el grupo permite tender a la instauración del lazo social, defectuoso cuando no inexistente en el psicótico. Cierta forzamiento de dicho lazo está en juego al agrupar a los pacientes bajo la cosigna de hablar y representar sobre cuestiones relacionadas con sus problemáticas. La necesidad de un otro para representar, implica forzarlo a una respuesta, inaugurando así un discurso de grupo que tiene sus cadencias particulares dada la estructura de sus componentes; sus escansiones, sus silencios y sus rupturas, pero que en el momento de su dificultoso surgimiento abre en cada sujeto la vía de una relación al otro posible, aunque hasta ahí no instaurada.

2. La mirada: la puesta en juego de la mirada precipita una serie de fenómenos imaginarios, que en el grupo de neuróticos tendemos a reducir a través del corte que la representación significa, pero que (al menos inicialmente) en el grupo de psicóticos debemos promover para constituir el sustrato sobre el cual el discurso grupal pueda instalarse, para que la simbolización sea posible.

3. El juego: la representación implica la instauración de una distancia interna en el sujeto, en tanto resulta de su desarrollo la posibilidad de surgimiento de lo inesperado, que separa actor y autor, siendo ambos la misma persona.

\* Ver: G. Lemoine: Un grupo de psicóticos. En Cuadernos de Psicodrama, n.º 1 y 7/8.

Trabajos del V Congreso de la S.E.P.T., Madrid, mayo de 1986.

Pensada sobre el modelo del Fort-Da freudiano, en el que se anudan los conceptos de repetición y de simbolización de la falta, adquiere en el trabajo con psicóticos una serie de funciones que son específicas:

— El solo hecho de representar configura un acto que se opone a la desestructuración psicótica. Implica tomar distancia respecto a sí mismo, y apuntar a la instauración de una dialéctica que permita hacer historia del pasado, instalar la cadena que en la psicosis está rota.

— En el juego se precipita el encuentro con el otro. Al elegir a un semejante como yo auxiliar, se lo incorpora como representante de un otro fantasmático y se abre la posibilidad de una interpelación que estaba cerrada. Tanto al representar escenas familiares, en las que los progenitores suelen aparecer como monolíticos, como al hacerlo con episodios delirantes o alucinatorios, en los que el otro aparece como absolutamente cierto en sus palabras o en su mera aparición, el jugar su papel en el cambio de roles implica la posibilidad de cuestionarlo. Se apunta así a la posibilidad de abrir una interrogación allí donde había una certeza.

En última instancia, podemos afirmar que en el hecho, muchas veces fallido, de entrar en un grupo, el paciente debe abandonar la posición psicótica: jugar cuando no puede jugar, dialogar cuando no puede dialogar, historizar cuando no tiene historia.

Sustraerse a la dicotomía que ilustra Schreber, para el cual el otro es o bien resto, «hombres hechos a la ligera», o bien un Dios objeto de amor o de odio, siempre en términos absolutos, para entrar en una relación con su semejante mediatizada por la palabra.

## II

A partir de las preguntas formuladas más arriba, el inicio de la experiencia planteaba la necesidad de desarrollar un modelo nuevo.

En la institución en la que comenzó, se estaban llevando grupos verbales que coordinaban los terapeutas del equipo, quienes expresaban la dificultad de simultanear sus funciones con la animación de dichos grupos. Y a partir de esto, y sabiendo de la importancia de la posición del terapeuta en la estructuración de los grupos, empezó a des-

tacarse como distintivo del grupo de psicodrama el hecho de mi presencia como elemento semiajeno a la institución.

Retrospectivamente, pienso que mi presencia, o mejor el interjuego entre mi presencia allí, avalada por la institución, y mi ausencia en el resto de los espacios institucionales, constituían una primera escanción en la relación de los pacientes con la institución como Otro. Promovía una curiosidad acerca de mi lugar allí, abriendo una interrogación que se repite en cada nuevo paciente, acerca de qué tendría de especial ese lugar que era necesario llamar a alguien de afuera para sostenerlo.

Una vez captada esta cuestión, que en sí diversificaba la transferencia, fue posible usarla como punto de apoyo para acentuar la particularidad del lugar. Por ejemplo, no haciéndome cargo de las cuestiones organizativas, no ocupándome de si venían o no los pacientes más que para señalarlo cuando adquiría significación en el contexto de lo que en el grupo se estaba trabajando, rechazando los pedidos que se me hacían en cuanto a irse antes del hospital diciendo que no podía contestar porque no era mi función, en fin, tratando de reforzar el efecto imaginario de la particularidad de mi situación desinvistiéndome de los roles autoritarios que la institución carga sobre sus representantes.

De este modo, intentaba presentarme en una función de pura escucha.

Muchos pacientes intentaban, o tendían sin intentarlo, borrar esa particularidad, tratando colocarme en esa posición de la que yo me apartaba, o desvalorizando el grupo en su totalidad. Pero otros comenzaban a hablar, y a jugar diversos roles dentro del grupo, que aunque a veces intentaban reconstruir la estructura de la institución, los colocaban en la insólita situación de regular ellos mismos sus relaciones. Crear una escena en la que entre ellos empezaban a marcarse los límites que no reconocían en sí mismos.

El grupo se organizaba alrededor de esa diferencia, que a su vez instauraba una especificidad de funcionamiento. Y las reglas iban surgiendo de la propia actividad grupal: el progresivo establecimiento de relaciones identificatorias entre los participantes iba dando lugar a un entramado que creaba las condi-

ciones para su resguardo. Los pacientes reclamaban discreción sobre lo que allí se decía, y ante cada nuevo ingreso asumían dar ellos mismos la consigna que marca la particularidad del lugar, de tal manera que iban perfilando las líneas maestras que hacen a su propia disponibilidad para diferenciar un espacio dentro del espacio institucional. Siempre el acento recaía sobre el hecho de representar, lo que duplica dicha diferenciación: la escena psicodramática es también un espacio dentro de otro espacio.

### III

No es nuevo en la historia del trabajo psicoanalítico en grupos subrayar la importancia de la posición del analista en la estructuración del grupo mismo, y por lo tanto en la determinación de su potencialidad como dispositivo analítico. Al contrario, desde que Freud sentara las bases para la comprensión del fenómeno colectivo en «Psicología de las masas y análisis del yo», gran parte del debate entre los psicoanalistas que trabajan en grupos ha girado alrededor de la necesidad de establecer una diferencia, una distancia, entre la posición del terapeuta en el grupo y la del jefe en la masa. Si el integrante del grupo prioriza su relación con el terapeuta (según el modelo freudiano, lo coloca en el lugar del ideal del yo), se trataría en un primer momento de invertir esa categorización, poniendo en un primer plano los lazos que unen a los sujetos entre sí más allá de esa idealización, no cediendo a la tentación narcisista de ocupar ese lugar central al que el grupo invita: no colocándose en posición fálica. Para eso debe poner en juego su propia relación con la castración, su relación a la falta. Porque en los neuróticos esa relación está en juego de entrada.

En el trabajo con pacientes psicóticos la situación es más compleja: lo típico del grupo de psicóticos es la ausencia de diálogo. La experiencia enseña que la estructura imaginaria del grupo que se produce en las neurosis, que responde al modelo freudiano de la masa, no llega a cristalizar, por la dificultad de los psicóticos de establecer lazo.

Si generalmente es válida la premisa que

Kaës subraya, que el trabajo del analista frente a un grupo es hacer *anti-grupo*, con pacientes psicóticos encontramos que el grupo no se termina de formar, y que, en todo caso, la labor del terapeuta debe ser de ida y vuelta. Fomentar el establecimiento de lazos para la integración del grupo, y proceder luego a su desconstrucción, en un ejercicio permanente de ensamblaje y desensamblaje.

Ahora bien, dadas las características de la transferencia psicótica, puede afirmarse que en el hipotético momento inicial del grupo, el psicodramatista se encuentra en el centro absoluto del armazón. Es privilegiada por cada paciente la relación con él (cuando no se permanece en el aislamiento), de manera tal que la mencionada ausencia de diálogo se manifiesta en el intento de cada uno de los integrantes de establecer un contacto exclusivo con él, sin que surja una identificación sostenida entre ellos mismos. Aquí el primer punto de intervención (ensamblaje): no responder a la condición de absoluto que dicho intento supone, e intentar su desviación hacia el semejante, instigándolo a una respuesta. Es decir que, para el terapeuta, la conducción del grupo pasa por la posibilidad de utilizar el poder que su posición le otorga, para proceder a sentar los fundamentos de un discurso de grupo.

A partir de ahí, será el grupo el que retrospectivamente vaya marcando los momentos fundamentales de cada discurso individual, en un entrecruzamiento que da lugar a la segunda operación (desensamblaje): su aislamiento, en una propuesta de representación, tendente a posibilitar la construcción de una historia. Una vez en ello, las características propias del juego fuerzan al grupo a respon-

der, desde el lugar de auxiliar o desde el público, facilitando la persistencia del grupo que comienza a cimentarse.

Si en los grupos de neuróticos la sugestión funciona, pero es reducida en el proceso analítico, y para el terapeuta la condición de su poder es no utilizarlo, se ve que en los grupos de psicóticos ese poder debe ser utilizado para ponerlo a trabajar en la construcción de un discurso.

Así, el trabajo del conductor debe oscilar entre la no aceptación del lugar de Otro absoluto que los participantes le demandan, por un lado, y por otro aprovechar la particularidad de su posición para abrochar determinados momentos que van surgiendo en la diacronía del discurso. De alguna manera, introducir una lógica.

#### IV

Entiendo que la particularidad de mi vinculación con la institución refrenda la posibilidad de llevar adelante ese doble juego:

En tanto ausente de la mayor parte de los espacios institucionales, me es posible absterme de responder a las demandas indiscriminadas de los pacientes, función de la masividad de su transferencia.

En tanto refrendado por la institución, sostener la regularidad de un espacio, y ser garante del valor del discurso que allí se construye.

Para terminar, diré que la laxitud de la relación con la institución, me permite además una mayor libertad de escucha, ya que me sustrae de participar de los juicios y prejuicios que en ella se generan.

---

## UNA FORMA DE ABORDAJE TERAPÉUTICO DESDE EL PSICODRAMA PSICOANALÍTICO EN UN CENTRO DE DÍA

---

ROSA ORDÓÑEZ, LILIANA LAMPENFELD y ANA SANJURJO

«No sé cómo va compuesta la familia, no sé qué quiere decir yerno... ¿Es el marido de la mujer de mi nieto...? Confundo un poco estas relaciones....»

«Pienso que me gusta hacer el sexo con un hombre... Me da lo mismo un hombre que una mujer, así me haré más fuerte.»

«Mamá, mátame o hazme lo que quieras, porque he querido matar a mi hermana...»

«Soy callado... como si no existiera... como si no tuviera vida...»

«Siempre están pensando en internarme.»

La muerte, el sexo, la libertad, la locura se repiten en estos fragmentos de discurso que nos remiten a enigmas de la existencia humana en esta organización social, trayéndonos su parte de verdad.

¿Qué hacer con este discurso?

¿Obturarlo? ¿Encerrarlo junto con los seres que lo repiten dentro de una institución psiquiátrica jerárquica, poderosa, que se hace eco de la demanda familiar preservando el orden social bajo imperativos ético-morales?

De lo que se trata para nosotras es de escuchar aquello que insiste en el discurso psicótico demandando significación.

Nuestro trabajo comienza en enero de 1985 en un centro de día no subvencionado de Barcelona, recientemente inaugurado.

Nos encontramos con pacientes diagnosticados de psicóticos, en su mayor parte de esquizofrenia. Son hombres y mujeres jóvenes, cuyas edades oscilan entre los 17 y los 35 años. La demanda de asistencia parte de las familias y se encadena por lo general a una historia de internaciones y tratamientos agudos y/o prolongados. La mayoría de ellos viven con sus familias y acuden al centro por sus propios medios; pero no trabajan, ni estudian actualmente, aunque algunos han podido acceder en el pasado a un trabajo remunerado o a estudios de nivel universitario.

Obviamente, no son los pacientes quienes demandan en este primer momento.

En este año y medio hemos ido modificando el modelo de trabajo hasta llegar a la forma actual: dos grupos, con una asistencia de cinco a siete pacientes, y dos terapeutas que se alternan en los roles de director y observador-analista.

Importa señalar que el espacio psicodramático se configura diferenciado del resto de las actividades de la institución. En cada grupo hay una terapeuta cuya presencia en el centro se limita al horario del grupo de psicodrama.

Los grupos de psicodrama están abiertos a todos los pacientes del centro, pero no todos pueden formular allí su demanda, o no

siempre ésta llega a ser escuchada. He aquí uno de los límites de nuestro trabajo en psicodrama con psicóticos.

Dentro de este contexto nos interesa discriminar las demandas que formulan los pacientes en relación a la cura, de las otras demandas (social, familiar, institucional).

¿Cuál es la característica de la demanda psicótica?

Demanda de alimento, demanda de madre, goce sin límites, la sentimos en principio como una demanda masiva. Se oye decir:

«Ayer comí pero me quedé con hambre y hoy estoy debilitada.»

«Tengo miedo de que usted me pegue.»

«¿Por qué no hacemos una película pornográfica... pero de verdad..?»

«Me he sentido atraído hacia la fuerza de usted.»

«Yo pienso que tú eres como Dios, que ordenas y mandas y haces todo.»

Demanda que no debe ser satisfecha, demanda que debe ser sostenida.

El paciente psicótico se propone a una relación dual, modelo de la relación con su madre, sin mediación paterna.

Sin embargo, la amenaza producida por la ausencia del tercero capaz de mediatizar la relación dual imaginaria, puede promover un llamado.

Dice Michel Silvestre que la «demanda de análisis del psicótico proviene directamente de la forclusión» (la forclusión del significante del Nombre-del-Padre).

La falta de este significante primordial puede situar al psicótico en una demanda de significación y al analista en el lugar del Sujeto Supuesto Saber.

El psicótico busca un saber para operar la mediación.

Luis es un paciente nuevo en el centro. Su primera escena se enlaza con la de otra paciente que trae un conflicto familiar.

«Mi madre siempre está gritando y me crea que grite yo»

dice Luis.

Se trata de una escena con la madre en la que ésta trata de imponerle hábitos de higiene para comer.

«Tengo hambre y tengo que comer»

dice Luis en el soliloquio, y luego:

«Para contestarle a mi madre tengo que gritar...»

En la segunda escena (otro día), va a comprar droga en un bar pero hay un policía fuera. Siente que en el bar desconfían de él y él mismo se confunde: no sabe si es policía o no...

La escena siguiente de Luis contiene un llamado promovido por una situación amenazante. Comienza relatando:

«Ayer fue el santo de mi madre. Hoy le he comprado unos pendientes y un anillo. No sé si le gustarán... es tan rara... Ya he contado aquí que me grita... porque se cree que voy a pegar a mi padre.»

Cuenta que hace unos años consumía droga y le pedía dinero a su padre. Recuerda una escena en que estaba en la habitación de sus padres y llama a aquél por teléfono. Le dice en la escena:

«Papá, ven, necesito mucho dinero, necesito drogarme. Ven... si no, voy a quemar la casa... o la habitación.»

Cuelga el teléfono y tira una cerilla en la cama, produciendo un incendio.

A continuación trae otra escena en que intenta suicidarse tomándose 100 pastillas que encuentra en el cajón de su abuela. Su padre está presente pero no interviene.

Siguiendo a Freud entendemos el delirio como un proceso restitutivo. La metáfora delirante es sustitutiva de la metáfora paterna. Es una forma de conexión con la significación que falta, aunque no es suficiente: una demanda de significación del campo del lenguaje, sin el soporte de la repetición.

Pedro es un paciente que ha permanecido en silencio en el grupo durante mucho tiempo.

En las escenas trabajadas posteriormente aparecen casi siempre interlocutores masculinos: profesores, psiquiatras, amigos...

Recientemente Pedro ha logrado hablar de la muerte de su padre.

La escena a que nos vamos a referir surge a raíz del comentario de una paciente. Pedro

dice recordar a su cuñado (cuando aún no se había casado con su hermana) «caminando de cierta manera especial». Un día, caminando él como su cuñado, le vino este pensamiento:

«esta casa no es mía».

La escena se desarrolla en su casa. Presenta al cuñado como un *caza-dotes* que se casa con su hermana por la casa.

Pedro trae a continuación otra escena en que su hermana, que estaba hablando por teléfono cuando él entra en la habitación, lo confunde con su marido y lo llama por el nombre de éste. En ese momento dice sentir:

«soy un receptor de personalidades ... Esta casa no es mía.»

Después añade que por esta época se peleaba con su madre y su padre lo echaba de casa.

La relación dual del sujeto psicótico, donde el tercero está excluido, lo deja atrapado en un goce sin límites. No hay pacto, distribución, repartición ante el objeto de goce. No hay prohibición.

No habiendo castración, el psicótico pasa a ocupar el lugar del goce.

Michel Silvestre considera que en los pacientes psicóticos que demandan análisis habría dos tipos de demanda:

— Una demanda inicial: «el psicótico espera del analista significantes propios para organizar los trastornos de su mundo», y

— Una demanda segunda, a partir de la cual se orienta la transferencia, en que «el psicótico propone su goce al analista para que éste establezca sus reglas. Es incluso mediante ese rodeo como parece instalarse como objeto a y darse, entregarse como tal, al goce del analista»

(Michel Silvestre, «Transferencia e interpretación en las psicosis: una cuestión de técnica», Revista Ornicar.)

Sabemos que no debemos ceder a esta demanda en la cual nuestra propia castración o nuestro narcisismo queda interpelado.

El no es tal vez el primer significante destinado a producir ciertos efectos.

¿Cómo negarse a ser el Otro del goce desde el psicodrama?

Nuestro trabajo con los pacientes apunta en la dirección de esta pregunta.





---

# LA PRÁCTICA DEL PSICODRAMA EN LAS INSTITUCIONES

---

JOSÉ ANTONIO ESPINA BARRIO

## INTRODUCCIÓN

La revisión de la bibliografía en los últimos años nos muestra cómo el Psicodrama en las instituciones se sigue practicando con las mismas indicaciones que hace tiempo, precisó su autor en sus ya clásicos libros<sup>21, 22</sup>. En ellos se ve cómo J. L. MORENO comenzó a preocuparse, desde los inicios de la Terapia de Grupos, de toda clase de marginados sociales. No en vano uno de sus primeros trabajos fue reunir a las prostitutas en una especie de sindicato que reivindicó sus derechos que, como personas, estaban siendo conculcados o ignorados por la sociedad. El paralelo con la situación actual más que gráfico es vergonzoso.

Resulta obvio destacar que en las instituciones se encuentran aquellas personas que, de una u otra manera, son separadas de la sociedad. La utilidad del psicodrama como herramienta de formación, en el tratamiento de los psicóticos, al que ya nos hemos referido en otro artículo<sup>13, 14</sup>, y en las instituciones penitenciarias son aspectos que, aunque necesarios de una revisión actualizada, ya fueron tratados por el creador del psicodrama. Algunos, como el de las Instituciones Penitenciarias (Sing-Sing), formaron parte de un programa ambicioso de reforma de las cárceles que se pensaba llevar a cabo en los EE.UU.

Que nosotros sepamos, el tema menos abordado por J. L. MORENO fue el de los ancianos. Pero es que la situación sociológica actual de los mismos no es igual a la de hace 20 años.

Los cambios en la estructura familiar, la pérdida progresiva de las funciones sociales del anciano y su gran encierro en instituciones ha hecho crecer desmesuradamente la importancia de lo que, hoy en día, constituye un auténtico problema social. Parece como si el hábito de vida que el psicodrama insufla en las instituciones haya pasado en menos de un siglo de los niños de los jardines de Viena a los dos veces niños, y mucho más olvidados, viejos que vegetan en las instituciones.

Cuál es la función del psicodrama y cuáles son sus limitaciones dentro de la institución total, son los interrogantes que este trabajo trata de profundizar, o cuando menos esbozar su estado actual, ya que la institución cambia, pero siempre sobrevive.

## PSICODRAMA CON PSICÓTICOS

Junto con la formativa, es una de las indicaciones más utilizadas en las instituciones. En ocasiones incluso coinciden las dos funciones: terapéutica para los pacientes y de formación de personal para el personal asistencial.

El grupo psicodramático, sea reducido o amplio, de uno o de los dos sexos, se usa con el objetivo de romper el aislamiento y favorecer la comunicación analógica. Por medio de él se reestructuran los límites que marcan el dentro y el afuera. Se consigue una mejora de la percepción personal de cada uno y se construye su identidad merced a los puntos de vista de los otros, que como anclajes anudan las amarras de la imagen fracturada. El desempeño de situaciones vitales permite al psicótico identificarse con los otros y adquirir diferentes perspectivas acerca de sus relaciones interpersonales. Para G. LEMOINE<sup>17</sup> el psicodrama pone un tercero en la relación dual del psicótico con el Otro; el deseo circula y cambia de forma, lo que le permite afirmar que el delirio compartido no es tal delirio.

La diversidad surge en la forma de ir al encuentro del psicótico. P. BOUR<sup>4</sup> utiliza objetos intermedios y el psicodrama simbólico con psicóticas ingresadas. BRUERE-DAWSON<sup>5</sup> incide más en los límites con lo Real. La ya citada G. LEMOINE casi se disculpa por utilizar el psicodrama; reduce este a psicoanálisis —de la mirada al lenguaje— y desde ahí señala que la escisión de la transferencia entre los dos coterapeutas es un elemento dinamizador del grupo —para nosotros esta escisión es el reflejo en el espejo de la división que, en otro lenguaje, el psicótico hace entre objeto bueno y objeto malo; para la autora los lugares de los terapeutas son el del supuesto saber y el de objeto «a»— acaba afirmando, con gran intuición, que frente al orgullo del psicótico no hay que demolerlo ni interpretarlo. P. ÁLVAREZ VALCARCE<sup>2</sup> trata al psicótico con técnicas psicodramáticas específicas y objetos intermedios, así como con juegos e improvisaciones dramáticas que tienden a favorecer el contacto con los otros y el papel de histrión. Estas últimas, inspiradas en las propuestas por MOCCIO, PAVLOVSKY y BOUQUET<sup>20</sup> para los grupos de formación, no nos parecen muy indicadas en los grupos de psicóticos. Finalmente PINTADO y cols.<sup>24, 25</sup> han expuesto de forma detallada el tratamiento psicodramático con esquizofrénicos crónicos, divididos en grupos en función del grado de regresión. Aprovechan la terapéutica para la formación. Utilizan títeres en los

grupos más regresados y en su evolución perciben una mejoría en los grupos de esquizofrénicos con menor regresión; nosotros pensamos en su indudable utilidad de cara a una rehabilitación y re inserción que complementara la mejora de estas personas, pero de esto no nos dicen nada los autores citados.

Parece colegirse que el psicodrama abre una tercera vía en el tratamiento de los psicóticos —las otras dos, medicarlo y mandarle trabajar— no son en sí psicoterapéuticas, por lo que el psicodrama se evidencia capaz de reconstruir la imagen despedazada, que al reunificarse puede acceder a los otros, los cuales no existían como tales para el sujeto. Además, el espacio psicodramático ejerce de continente del delirio y de matriz plena de significado.

## PSICODRAMA COMO ENTRENAMIENTO

Nada tan difícil de adquirir como el rol de terapeuta, sin alienarlo, ni adherirse a él de forma exclusiva. Este complejo juego que obliga a navegar entre Escila y Caribdis, sólo es susceptible de alcanzarse de dos maneras. La primera es desarrollarlo en la realidad, con el agravante de que el o los batacazos ocasionan daños directos y sin una segunda oportunidad. La segunda es el juego de roles, el cual no sólo prepara, sino que también desarticula expectativas temerosas o anticipa dificultades no previstas.

Aunque el juego de roles puede utilizarse para la adquisición de determinadas habilidades sociales, los pacientes internados durante años en instituciones, aquí nos referimos al aplicado al personal asistencial, bien sea al que trabaje en la institución o aquellas agrupaciones o centros encargados de actividades relacionadas con la salud mental como relata BUCHANAN<sup>7</sup> de los programas del Hospital St Elizabeths de Washington dirigidos al Cuerpo de Paz y a diversos Centros de Salud Mental.

En estos planes se emplean diversos Tests de Espontaneidad, se preparan a los sujetos para el desempeño del papel de Yo-auxiliares o se acogen a lo que podríamos denominar «Psicodrama didáctico». En ocasiones el tra-

bajo de grupo se centra en analizar por medio del juego de roles la tarea prevista, como por ejemplo, el análisis del Grupo de Espera dentro de la Grupoterapia Institucional que hicieron MARTÍNEZ BOUQUET y cols.<sup>19</sup>

Para KELLY<sup>16</sup> el entrenamiento con técnicas psicodramáticas ocasiona un cambio en la percepción de sí mismo (self), tanto desde la percepción de uno mismo como desde la de otros participantes. La percepción de uno está relacionada con la posición actual del grupo. Además de la movilización individual, el entrenamiento con técnicas psicodramáticas proporciona una mejor idea de las aplicaciones del psicodrama en la institución.

Además de la aplicación terapéutica y de formación simultánea, nosotros hemos aplicado las técnicas psicodramáticas en aquellos roles que por ser novedosos o realizarse sin la cobertura institucional pueden ser ansiosos o difíciles para el personal del equipo. Así nos valimos de un grupo de Juego de Roles para desarrollar el papel del Auxiliar del Hospital Psiquiátrico que se iba a dedicar a tareas extrahospitalarias y de supervisión de pisos protegidos de pacientes crónicos dados de alta.

La capacitación del médico en los aspectos psicológicos de la relación médico-paciente y el indudable beneficio que éste tiene para una colaboración y apoyo de los Equipos de Salud Mental a los de Asistencia Primaria ha sido ya detallado por nosotros en otros trabajos<sup>12</sup>.

## PSICODRAMA CON ANCIANOS

La creciente importancia de la institucionalización de los ancianos, con la consiguiente pérdida de prestigio y función social, ha hecho que la terapia de grupo se encuentre indicada en estas personas que, perdidos todos sus roles sociales, son separados de la sociedad a una institución cuya única tarea es la espera de la muerte. De esta forma los asilos se convierten en inmensos cementerios de elefantes donde las personas de edad se ven despojadas de todas sus posibilidades de desarrollo autónomo, el cual es la base de todo proyecto asistencial.

A veces los destinatarios del grupo son los

familiares, quienes periódicamente se reúnen con el equipo asistencial con el fin de intercambiar información. Consultar los problemas individuales y negociar la descarga apropiada, tomando las decisiones en consonancia y fomentando un apoyo mutuo entre los familiares afectados por la existencia de un paciente psicogerátrico en su familia.

Con los ancianos el psicodrama va dirigido más al crecimiento y promoción de la espontaneidad que a la patología de los componentes. Se fomenta la cohesión grupal, el compromiso en las funciones y la sustitución de los roles. Los miembros del grupo llegan a ser agentes terapéuticos para los otros. De esta manera se provee un alivio frente a la depresión y a la soledad de los miembros, sobre todo en relación con las pérdidas irrisueltas. También el grupo constituye un espacio donde expresar los sentimientos reprimidos de enojo, abandono y temor: así como un facilitador de la creatividad y espontaneidad que permite revisar los procesos vitales.

Los temas comunes de los grupos de ancianos según BUSCH<sup>8</sup> son los siguientes:

1. Interacción social.
2. Orientación hacia la realidad.
3. Revisión de la vida pasada.
4. Motivaciones para seguir viviendo.

La función del psicodrama en esta institución es insuflar un hálito de vida allí donde se extingue; pero también allana la dolorosa realidad de la cercana muerte, al ser tramitada en compañía, siendo el grupo y su cohesión el lugar de duelo y de la suplencia de la falta.

Para ALTMAN<sup>3</sup> el anciano institucionalizado sufre de una reducción y pérdida de roles. Utiliza el psicodrama para lograr una Expansión de los Roles y un Recompromiso con los roles perdidos, de esta forma se mejora la concepción de sí mismo y el viejo adquiere roles de sustitución.

Comienza fomentando aquellas experiencias comunes a todos los miembros del grupo: el origen del nombre de cada uno, los cumpleaños, los orígenes culturales, los trabajos previos, las vacaciones pasadas, etc. De ahí se van construyendo respuestas espontáneas, personales y grupales para las situaciones del «aquí y ahora» grupal e institucional.

Todo lo cual impulsa hacia la participación activa de los viejos en las diferentes actividades institucionales.

## PSICODRAMA EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Como ya dijimos en la introducción, el psicodrama en las cárceles hace ya mucho tiempo que se inició. Hoy día creemos que se puede hablar con cierta perspectiva del mismo. Lo primero que se nos ocurre pensar es en la importancia de la estructura social en los resultados de la terapia. ADAMS y VETTER<sup>1</sup> nos recuerdan en su trabajo el fracaso de un programa psicodramático en el que la resistencia institucional, la inseguridad laboral del equipo asistencial y la falta de conocimientos sobre las técnicas llevaron a cancelar el programa cuyo resultado fue el de un incremento del porcentaje de recidivas de los jóvenes delincuentes.

Por el contrario, el psicodrama es un instrumento idóneo para la enseñanza y la adquisición de las habilidades necesarias para poder vivir en libertad. MELNICK<sup>18</sup> lo muestra en un seguimiento de aproximadamente tres años.

La forma de trabajar en esta modalidad se aproxima a un Juego de Roles en que el sujeto elige las situaciones o roles claves, o éstos le son propuestos por el Director Psicodramático. Se realiza una proyección al futuro y se explora ésta mediante inversiones de roles, el doble, etc. Si el sujeto está en libertad bajo palabra se observa el desempeño de su papel in situ y luego se exploran las situaciones conflictivas en la terapia. De este modo el sujeto anticipa posibles dificultades y se prepara para un desenvolvimiento más exitoso, que le impida retornar a la cárcel.

Evidentemente este trabajo no va dirigido a cambiar la personalidad del sujeto, pero le capacita para convivir con los demás sin ser rechazado.

La cuestión es saber si compensa esta acomodación, o, dicho de otra manera, ¿cuál es el coste de esta adaptación?, ya que la privación total de libertad es lo que espera a la persona, los riesgos de manipulación adaptadora parecen minimizarse, pero esto no impide

el que sean tenidos en cuenta, pues por más que la plétora de las cárceles españolas haga pensar en la necesidad de unos programas de rehabilitación de los presos a la sociedad, y que las condiciones de estancia en las prisiones dejen todavía mucho que desear; lo cierto es que el condenado debe ser respetado, incluso en su condición de marginado, ya que en algunas ocasiones, afortunadamente pocas, es ésta la que le proporciona su identidad y la cárcel es su único punto de referencia. Por lo cual, todo programa de reinserción social carece de sentido o se convierte en una presión inaceptable, lo que nos puede explicar el alto porcentaje de recidivas cuando es aplicado de forma indiscriminada y sin tener en cuenta la historia del individuo y el contexto social en el que se desenvolverá a su salida.

## CONCLUSIONES

Después de este somero repaso del psicodrama en las instituciones totales, no quisiéramos acabar sin señalar la función que éste desempeña. La terapia psicodramática no cambia las instituciones, ya que las condiciones para la transformación institucional no provienen de las técnicas, ni éstas, en sí mismas, son instrumentos de reformación institucional.

Otro asunto es la aplicación de la teoría psicodramática; su actitud de respeto al protagonista, que tiene sus límites pero también la autoría y desarrollo del guión, su acogida como lo que el sujeto es: una - persona - en - el mundo, lejos de las nosologías y etiquetas. El encuentro con los otros. El interjuego de las relaciones y de la escucha, etc. Todo ello resulta perturbador para la institución; y lo que dicen J. L. MORENO y M. C. SANCHEZ MUR<sup>23</sup> a propósito de la formación, nosotros lo extendemos a la práctica.

La institución se defiende contra el grupo psicodramático negándolo, minimizándolo, descalificándolo o simplemente ignorándolo. La naturaleza inconsciente de estos dinamismos se aprecia en la carencia de argumentaciones teóricas, en la multiplicación de los comentarios sensacionalistas: «lo que hacen en el grupo es tirarse al suelo y desmadrarse»,

hacen manifestar las expectativas contradictorias de ver el grupo, pero no involucrarse en él, y manifiestan la apropiación individual del paciente en un ámbito que se supone de trabajo en equipo.

Si nos hemos referido al carácter removeedor del psicodrama y a su escasa capacidad transformadora de la institución, no pasamos por alto el papel del terapeuta psicodramático que, consciente de sus limitaciones, ha de conocer su poder y los riesgos que conlleva. Nada más lejos para JACOB L. MORENO que el psicodrama sea un adaptador de estereotipos y nada resulta tan clarificador como su terapia de psicóticos, modelo de respeto por el perturbado mundo esquizofrénico. Sin embargo, éste es un riesgo importante, sobre todo si se vale del psicodrama como herramienta con absoluto desconocimiento de la teoría.

Si partimos de la base de que las instituciones están hechas para durar y no se destruyen, sino que se transforman, el psicodrama puede ser un auxiliar muy importante de las instituciones en desarrollo, pues posibilita flexibilizar los roles, proyectar en el futuro la experiencia y deshacer los temores anticipatorios.

El psicodramatista ha de estar atento no sólo a su labor en el grupo sino también al contexto en el que dicho grupo se desarrolla. Esta comprensión dialéctica dará al grupo su riqueza y prepara a los sujetos para la vida.

La escucha del paciente, el respeto y la continencia del grupo hace que el psicodrama no pueda ser el lecho de Procusto de la institución, pues la matriz difícilmente se convierte en corsé, ya que la espontaneidad aporta diversidad allí donde la institución uniformiza.

## SUMARIO

Se describe la práctica del psicodrama en instituciones psiquiátricas, de ancianos y en cárceles, así como el psicodrama como entrenamiento. Todo ello a lo largo de estos últimos años.

Se extraen conclusiones de las relaciones entre el psicodrama y las instituciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ADAMS y R. VETTER, H. J.: *Social structure and psychodrama outcome: A ten-year follow-up.* Journal of Offender Counseling, Services & Rehabilitation. Vol. 6 (1-2), 111-119, 1981.
2. ÁLVAREZ VALCARCE, R.: *El psicodrama en la Unidad de Agudos del Hospital Psiquiátrico. Aspectos Técnicos Diferenciales.* Informaciones Psiquiátricas. Barcelona, 1<sup>er</sup> trimestre. Vol. 95, 1984.
3. ALTMAN, P.: *Psychodrama with the institutionalized elderly: A method for role re-engagement.* Journal of Group Psychodrama and Sociometry. Vol. 36 (3), 87-96, 1983.
4. BOUR, P.: *El psicodrama y la vida.* Ed. Biblioteca Nueva (traducido por Francisco Delgado). Madrid, 1977.
5. BRUERE-DAWSON, C. G.: *Le psychodrame des psychotiques: Une Expérience de la limite. (Psychoanalytic psychodrama: The «limit» experience).* Revue de Médecine Psychosomatique et de Psychologie Médicale. Vol. 25 (3), 171-179, 1983.
6. BUCHANAN, D. R.: *Forty-one years psychodrama at St. Elizabeths Hospital.* Journal of Group Psychotherapy Psychodrama and Sociometry. Vol. 34, 134-147, 1981.
7. BUCHANAN, D. R.: *Program analysis of a centralized psychotherapy service in a large mental hospital.* Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry. Vol. 37 (1), 32-40, 1984 (spr).
8. BUSCH, Ch. C.: *Common themes in group psychotherapy with older adult nursing home residents: A review of selected literature.* Clinical Gerontologist, Vol. 2 (3), 25-38, 1984 (spr).
9. CANTLEY y SMITH, G.: *Social work and a relatives support group in a psychogeriatric day hospital: A research note.* British Journal of Social Work. Vol. 13 (6), 663-670, 1983.
10. CARMAN, M. B. y NORDIN, S. R.: *Psychodrama: A therapeutic modality for the elderly in nursing homes.* Clinical Gerontologist. Vol. 3 (1), 15-24, 1984.
11. COUDRAY, J. P. y TOURAME, G.: *A propos d'une expérience.* Psychologie Médicale. Vol. 13 (10), 1551-1552, 1981.
12. ESPINA BARRIO, J. A.: *El juego de roles en los grupos de relación médico-paciente.* I Jornadas de Salud Mental de la AASP, Valladolid, 1985.
13. ESPINA BARRIO, J. A.: *El juego de roles en la enseñanza de la relación terapéutica.* Encuentro. Madrid, n.º 1, 1985. Presentado en la II Reunión de la A.E. de Psicodrama. Santander, 1985.
14. ESPINA BARRIO, J. A.: *Aproximación psicodramática a la psicosis.* Encuentro, Madrid, n.º 2, enero, 1986.
15. GREENBERG, I. A.: *Técnicas del tratamiento psicodramático.* Buenos Aires, Hormé-Paidós, 1978.
16. KELLY, G. R.: *Evaluating a psychiatric hospital*

- psychodrama inservice training program*. Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry. Vol. 29, 15-22, 1976.
17. LEMOINE, G.: *Un grupo de psicóticos*. Cuadernos de psicodrama. Madrid, n.º 1, abril-junio, 1984.
  18. MELNICK, M.: *Skills through drama: The use of professional techniques in the treatment and education of prison and ex-offender propulations*. Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry. Vol. 37 (3), 104-116, 1984.
  19. MARTÍNEZ BOUQUET, C. y cols.: *Psicodrama Psicoanalítico en Grupos*. Biblioteca de Psiquiatría Social. Korgieman, 1975.
  20. MOCCIO, F., PAVLOUSKY, E. y BOUQUET, C. M.: *Psicodrama. Cuándo y por qué dramatizar*. Colección Ciencia, Serie Psicología. Vol. 105, Edit. Fundamentos, Madrid, 1979.
  21. MORENO JACOB, L.: *Psicodrama*. Psicología de hoy: teoría y métodos de la Psicoterapia. Vol. 3, 4.ª ed. Buenos Aires, Hormé-Paidós, 1978. (Traducido del inglés por Daniel R. Wagner).
  22. MORENO JACOB, L.: *Psicoterapia de Grupos y Psicodrama. Introducción a la teoría y a la praxis*. Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis. México. Fondo de Cultura Económica, 1.ª ed., 1966.
  23. MORENO, J. L. y SÁNCHEZ MUR, M. C.: *Comentarios sobre la formación en Psicoterapia Grupal en el medio hospitalario*. Informaciones Psiquiátricas, n.º 89, 3.º trimestre, 1982.
  24. PINTADO, A. y cols.: *Utilización del Psicodrama en Esquizofrénicos Residuales*. I Reunión de la A.E. de Psicodrama. Granada, 1984.
  25. PINTADO, A. y cols.: *Psicóticos crónicos y psicodrama. Valoración*. II Reunión de la A.E. de Psicodrama. Santander, 1985.
  26. SCHUTZENBERGER, A. A.: *Introducción al «role» playing*. Ed. Marova. Madrid, 1979.

---

# LA TÉCNICA DEL CUENTO GRUPAL EN EL PSICODRAMA INSTITUCIONAL

## Cuento grupal en la segunda sesión de Psicodrama con el personal sanitario de una Institución

---

BLANCA LUSILLA

*MIR 4.º año Psiquiatría*

SUSANA BAER MIESES

*Médica Psiquiatra*

*Miembros del Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama*

El propósito de esta comunicación es mostrar el valor de la técnica del cuento grupal, como herramienta del quehacer psicodramático. Para ello, vamos a presentar material procedente de una segunda sesión psicodramática con el personal de una institución, en que dicha técnica fue utilizada por nosotras.

Todos los integrantes del grupo dieron su consentimiento expreso para la utilización y presentación del material de la sesión en este Congreso, si bien los nombres que aparecen en el siguiente trabajo han sido cambiados para salvaguardar la intimidad de los participantes.

### LA TÉCNICA DEL CUENTO GRUPAL

#### Descripción de la técnica

Se sugiere a los participantes que se sienten en círculo, o que se acuesten formando una estrella, con las cabezas en el centro. A partir de esta posición se da la siguiente consigna:

«Vais a inventar un cuento entre todos. Uno cualquiera de vosotros iniciáis el cuento con una frase, y cada uno, siguiendo el

círculo, añade otra frase enlazando con la anterior. Una vez completada una ronda, puede continuarse, o el que quiera dar por terminado el cuento con una frase que lo cierre».

Una vez que el grupo finaliza el relato del cuento, se puede dramatizar.

#### Objetivos

1. Facilitar la comunicación de los participantes a través del lenguaje simbólico.
2. Posibilitar el encuentro interpersonal.
3. Crear un clima de colaboración y confianza, al implicar a todo el grupo en una tarea común.
4. Poner de manifiesto la latencia o emergente grupal.
5. Facilitar la toma de conciencia individual (insight) al verse reflejado en el contenido de la frase aportada al relato, y al representar al personaje elegido en la dramatización.

#### Momentos en que se puede utilizar esta técnica

1. Los grupos que comienzan, en los cuales aún no se ha establecido un clima de suficiente confianza.
2. Grupos que tienen dificultades para expresarse directamente, pero que pueden hacerlo a través del lenguaje simbólico.

3. Grupos con tendencias disociativas latentes, donde la participación en un relato común serviría al grupo para tomar conciencia de sus propias tensiones internas, a la vez que la creación conjunta aumentaría la cohesión grupal y permitiría la expresión simbólica de conflictos.

### **CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO EN QUE HA SIDO UTILIZADA ESTA TÉCNICA. OBJETIVOS, ENCUADRE Y CONTRATO**

Se trata de un grupo de «Iniciación al Psicodrama», en que se ha planteado realizar 7 sesiones experienciales de grupo y 2 sesiones de teoría. Cada sesión dura aproximadamente una hora y media, y se realizan con una periodicidad semanal. Por acuerdo entre los participantes, el grupo queda cerrado a partir de la segunda sesión y no se admitirán miembros nuevos.

El grupo se desarrolla en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Lo integran 11 psiquiatras en formación, 3 enfermeras y 1 auxiliar de clínica, de los cuales 7 son hombres y 8 mujeres. Las edades de los participantes oscilan entre 24 años el miembro más joven y la persona de más edad, que no la dice, pero que aparenta 46-48 años.

Se constituyó previa solicitud de algunos participantes que deseaban conocer el psicodrama. El objetivo del grupo es la toma de contacto con la terapia psicodramática a través de la propia experiencia, sin fines intencionadamente terapéuticos.

Las sesiones son dirigidas en coterapia simétrica por las autoras de esta comunicación, que también están vinculadas con la institución. Proponen al grupo un trabajo desde lo simbólico, donde no se tratarán temas personales. Expresamente se da la consigna de que todos los participantes tienen libertad para intervenir sólo si lo desean y, por supuesto, para no expresar aquellos aspectos de su intimidad que quieran reservar. Se plantea también la norma de secreto, cuya función es evitar que los aspectos personales de los participantes puedan salir fuera del grupo.

## **DESARROLLO DE LA SESIÓN**

### **Caldeamiento y emergente grupal**

Mientras se espera a que lleguen los miembros que faltan, surgen conversaciones en dos subgrupos. En un subgrupo se habla del parque de atracciones y de sus aparatos mecánicos vividos como «peligrosos»: La noria, la montaña rusa, la barca vikinga, el pulpo... a pesar de lo cual resultan divertidos. En el otro subgrupo, se comenta el miedo a pasarlo mal durante la sesión, y a ventilar asuntos personales que luego pudieran ser comentados fuera del grupo. Este temor se entremezcla con la ilusión por participar en el Psicodrama. Aunque la sesión no ha comenzado formalmente, las terapeutas tienen la sensación de que las conversaciones de los subgrupos constituyen el emergente grupal.

Llegan las personas que faltaban, y se comienza el grupo de manera formal, presentando a una mujer que se incorpora en esta sesión. Las terapeutas proponen una entrada psicodramática, para lo cual se solicita a los participantes la realización de una escultura, donde se muestre su percepción del grupo tal y como lo perciben después de la primera sesión. Forman un círculo cogiéndose de los hombros. Las psicodramatistas sugieren que cada uno exprese «cómo se siente» en ese momento. La mayoría expresa tensión, ansiedad y expectación, que son coherentes con la rigidez corporal observada por las monitoras.

A continuación se da al nuevo miembro la consigna de entrar en la escultura por donde quiera. Ella se sitúa entre dos personas con quienes comparte su trabajo habitual. Se vuelve a pedir a todos que se expresen desde la nueva situación.

Algunos participantes lo hacen, pero la mayoría quedan bloqueados; de tal modo que, al cabo de un tiempo, espontáneamente se van sentando en el suelo formando un círculo.

Las terapeutas perciben la dificultad de expresión en el grupo, que es agravada por la presencia de un miembro nuevo y es coherente con el emergente grupal: temor a destruir y ser destruido. Partiendo de la situación en círculo adoptada espontáneamente por los



participantes, dan la consigna de contar un cuento según la técnica referida anteriormente. Construyeron el siguiente relato:

### Cuento grupal

*José:* «Érase una vez un pueblo muy bonito, con un río».

*Marisol:* «Y de repente, apareció un tiburón, y la gente del pueblo no sabía qué hacer con él».

*Carmen:* «El río desembocaba en el mar, y el tiburón no sabían si era bueno o era malo».

*Jorge:* «En el río había una barca con dos niños».

*Antonio:* «Y el tiburón se los comió».

*Marta:* «Yo echaría al tiburón del cuento... El tiburón encuentra el camino del mar, y se marchó al mar».

*Nati:* «Vino la mamá de los niños y le abrió la barriga».

*Juan:* «Pero los niños estaban muertos».

*Lucía:* «Y salieron dos tiburones pequeños».

*Paco:* «Los tiburones se fueron al mar».

*Cristina:* «En el pueblo había un señor fumando una pipa, mirando impasible detrás de una ventana cerrada».

*Eva:* «La gente del pueblo estaba muy triste porque habían perdido a los niños».

*Jesús:* «En el río había un pescador».

*Manuel:* «La gente del pueblo llamó al cura para ver qué hacían. El cura echó un conjuro y resucitó a los niños».

*José:* «Se hizo una fiesta para celebrar que habían recuperado a los niños».

*Marisol:* «Pero les salían aletas, y no se sabía muy bien qué era aquello, si niños o tiburones».

*Carmen:* «Los del pueblo estaban muy preocupados porque no sabían qué les sucedía a los niños».

*Jorge:* «Y los del pueblo le pidieron explicaciones al cura».

*Antonio:* «La Guardia Civil torturó al cura, para saber qué había hecho con los niños».

*Marta:* «De repente aparecieron los niños tal como eran antes».

*Nati:* «Junto con los niños aparecieron los tiburones».

*Juan:* «La Guardia Civil liberó al cura».

*Lucía:* «Hicieron una fiesta para celebrarlo».

*Paco:* «A la fiesta asistieron los niños, los tiburones y toda la gente del pueblo».

*Cristina:* «Y apareció un señor que tocaba muy bien la flauta y se puso a animar la fiesta».

*Pilar:* «Bailaron y se divirtieron mucho».

*Jesús:* «Yo sólo puedo decirles una sentencia, como observador imparcial: El hombre como el pez, muere por la boca».

*Eva:* «El flautista se llevó a los niños, a los tiburones y a todo el pueblo».

*Manuel:* «Se los llevó a hacer una terapia de grupo, porque con tantos líos y cambios la necesitaban».

Finalizado el relato del cuento, las psicodramatistas proponen que cada participante asuma un papel con el fin de dramatizar el cuento.

### Reparto de papeles

*José:* «El río».

*Marisol:* «El tiburón - Una tiburona embaazada».

*Carmen:* «La arena de la playa».

*Jorge:* «El pueblo».

*Antonio:* «El guardia civil».

*Marta:* «Un tiburoncito pequeño» (el bueno y tierno).

*Nati:* «Un niño que estaba en la barca».

*Juan:* «El otro niño que estaba en la barca».

*Lucía:* «El otro tiburoncito pequeño» (el rebelde).

*Paco:* «El mar».

*Cristina:* «El señor de la ventana» - «El flautista».

*Jesús:* «El pescador-observador imparcial».

*Eva:* «La barca».

*Manuel:* «El cura».

*Pilar:* «La mamá de los niños».

### Objetos intermediarios

*Dos bolsos:* Sustituyen a los niños, que no quieren ser comidos por el tiburón.

*Un jersey:* «La comodidad».

*Una silla:* Sobre la que se encarama el pescador para «observar imparcialmente».

*Un tabique corredizo:* «La ventana cerrada».

## Dramatización

Para una mayor claridad expositiva, se divide la dramatización en 4 escenas, si bien la acción transcurrió sin solución de continuidad.

### *Primera escena*

Un subgrupo formado por «el tiburón», «los tiburoncitos», «los niños», «el pueblo», «el río», «el mar», y «la arena de la playa», discuten si «el tiburón» es macho o hembra. La mujer que ha elegido el papel, decide ser «una tiburona embarazada». En el mismo subgrupo, «los niños» expresan su temor a ser devorados por «el tiburón», y se niegan a ser comidos. Se llega al consenso de buscar dos objetos que les sustituyan, y se ponen dos bolsos (objetos intermediarios) que serán «los niños que se come el tiburón».

Van tomando posiciones. «La arena de la playa» y «el mar» se tumban uno al lado del otro. «La arena de la playa» coloca un jersey bajo la cabeza del mar, que es «la comodidad». «El río» se acuesta cerca del mar, formando una perpendicular. Sobre «el río», se coloca «la barca», y sobre ella ponen los bolsos, representantes de «los niños». A alguna distancia del río se coloca «el pueblo» y cerca de éste, aprovechando un marco de tabique corridizo («ventana cerrada»), se coloca «el señor que estaba en la ventana».

De manera independiente, «el pescador» se sitúa fuera de la escena, encaramado en el respaldo de una silla, para, según sus palabras, «observar de manera imparcial».

«El guardia civil», «el cura», «los niños» y «la mamá de los niños» quedaron fuera de la escena.

«La tiburona embarazada» coloca a «los tiburoncitos» debajo de sus brazos, dando a entender que los lleva en el vientre, y comienza a arrastrarse junto con sus crías diciendo: «Tengo hambre y necesito alimentar a mis crías». Se mueve por encima del mar y llega al río donde encuentra «la barca» con «los dos niños» (bolsos) y se lanza sobre ellos devorándolos. Tras haberse comido «a los niños» se siente «mejor» y emprende el camino de regreso al «mar». El grupo queda muy sorprendido por la ferocidad de «la tiburona».

### *Segunda escena*

«La mamá de los niños» va a buscar a «la tiburona» para «salvar a sus hijos». Ayudada por «el mar», «el río», «la arena de la playa»,

«el pueblo» y «el señor de la ventana», ataca a «la tiburona», que se defiende con valentía y lucha hasta «casi morir», intentando siempre proteger a sus crías.

«La mamá de los niños», con su mano hecha «cuchillo», logra al fin abrir la barriga de «la tiburona» y recupera «los niños muertos» simbolizados por los bolsos. En este momento nacen «los dos tiburoncitos» en medio de la pelea. Una de las «crías de tiburón» se aleja de la «mamá-tiburona» con indiferencia, diciendo: «¡Bah! ¡Que se muera!». Pero la otra empieza a dar besitos a su «mamá-tiburona», visiblemente emocionada porque a «la mamá-tiburona», según sus palabras, «no le importa morir por salvarnos a nosotras». La ternura del «tiburoncito» impacta al grupo y se detiene la agresión contra «la tiburona».

### *Tercera escena*

Entra en la escena «el cura», que hace «un conjuro», con la mano en actitud de impartir bendiciones, mientras echa un responso en pretendido latín, y los niños entran en la escena sanos y salvos.

Hay un momento de confusión general, y el guardia civil sienta al cura en una silla, dando vueltas alrededor en actitud de «torturarlo», pero el grupo no tiene muy en cuenta la acción entre «el guardia civil» y «el cura», y comienza a preparar una fiesta para celebrar la recuperación de «los niños», en la que «el río» y «el tiburón» son los principales promotores. El guardia civil se siente solo y libera al cura.

### *Cuarta escena*

El «señor de la ventana» se transforma en «flautista» y empieza a animar la fiesta. Todos bailan, salvo «el cura» y «el guardia civil» que pasean juntos por la fiesta. «El pescador» continúa encaramado en la silla «observando», y en medio del bullicio general dice su «sentencia»: «El hombre como el pez, muere por la boca»; pero el resto de participantes continúa inmerso en un clima festivo y apenas presta atención a la «sentencia» del «pescador».

### *Final*

En un momento dado, las psicodramatistas observan que decae la fiesta y consideran oportuno poner fin a la dramatización, con un soliloquio *in situ* sobre «cómo se sienten en este momento». La expresión general del soliloquio

es de satisfacción, distensión y sentirse más unidos como grupo.

Se vuelve a los respectivos asientos para hacer el eco grupal.

### Eco grupal

Los participantes tienen mucha dificultad para hablar en primera y segunda persona. Los psicodramatistas tienen que insistir reiteradamente en las reglas básicas del psicodrama:

— Expresarse desde lo vivido y experimentado por uno mismo.

— No hablar en tercera persona de las personas allí presentes.

— No dar interpretaciones o hacer suposiciones acerca de los sentimientos o de lo que sucede a otros miembros del grupo.

Todos coinciden en estar más relajados que al comienzo de la sesión; se han divertido mucho en la fiesta y están contentos. El pescador manifiesta su satisfacción por «haber podido observar que los demás se divirtieron». Se sienten más unidos como grupo.

Ha habido tres momentos en la dramatización que han sido vividos con gran intensidad emocional por casi todos los participantes:

— La agresividad de la «tiburona embarazada», defendiendo a sus «crías».

— La valentía de la «mamá de los niños», enfrentándose con la tiburona, y la decisión con que le abrió la barriga.

— La ternura con que «el tiburoncito» besó a su «mamá-tiburona».

El comentario de las terapeutas sobre la sesión tiene en cuenta los siguientes aspectos:

— Han percibido la fuerza que cada participante ha conferido a su personaje, así como la intensidad dramática de las escenas.

— El cuento ha servido para superar los temores de participar en el grupo, que se expresaron ya en los comentarios hechos en los subgrupos al comienzo de la sesión.

— El relato y la dramatización son expresión del conflicto entre el temor a la destrucción y el deseo de formar una matriz grupal. La ilusión puesta por cada miembro ha logrado superar la ansiedad y el temor a la propia agresividad latente.

— La fiesta ha facilitado el encuentro entre

todos. Ha creado un clima de distensión y confianza que va a permitir seguir haciendo psicodrama.

— Dadas las características de este grupo, no se tratarán problemas personales, pero cada uno puede pensar en aspectos de su personaje que encuentren resonancia en su propia vida.

### COMENTARIO SOBRE LA SESIÓN. SIMBOLISMO Y CONTENIDOS LATENTES

El relato del cuento y su representación dramática contienen un lenguaje simbólico muy expresivo, cuya riqueza no se pretende agotar en el presente trabajo, pero cuya evidencia habla por sí misma.

La escena imaginaria de la dramatización se sitúa en un escenario que se expresa como «un pueblo muy bonito con un río que desembocaba en el mar», lo que constituye una metáfora de la situación real que vive el grupo, el cual a través del psicodrama queda abierto al inconsciente.

«El tiburón» que aparece en el cuento representa la agresividad y los temores persecutorios de la etapa caótica en que se encuentra el grupo; agravada en esta sesión por la presencia de un miembro nuevo.

La agresividad que encarna «el tiburón» causa confusión y ambivalencia, tal como se expresa muy bien en el relato: «La gente del pueblo no sabía qué hacer con él» (el tiburón). «Y no sabían si era bueno o era malo».

En el relato se desencadena un mecanismo de evitación al intentar «echar al tiburón del cuento». Lo envían camino del «mar», es decir, fuera del grupo camino del inconsciente. En cambio, en la dramatización, la agresividad comienza pronto a hacer estragos, y «el tiburón» se come a «los niños», representantes de los aspectos infantiles e indefensos del grupo.

El temor a ser destruido es muy grande, y las personas que encarnan el papel de «niños» no aceptan de ningún modo ser comidos por «el tiburón». Buscan dos bolsos que les sustituyan.

«La tiburona embarazada» devora a «los niños» representados por los dos bolsos. El grupo queda desconcertado ante la violencia

de la escena. Recurre entonces a «la mamá de los niños», rol de la madre buena, omnipotente y protectora. Esta abre sin vacilar la barriga del tiburón, con su mano que simboliza «un cuchillo», pero «los niños estaban muertos».

El instinto de conservación entra en juego y «salen dos tiburones pequeñitos», cuya agresividad aún es controlable y pueden ser enviados al mar (inconsciente).

El grupo intenta matar a «la tiburona» y a punto está de lograrlo, de no ser por la actitud de uno de los tiburoncitos que con su ternura logra detener la agresión. «El tiburoncito» está visiblemente emocionado porque su mamá «está a punto de morir para salvarnos». El otro tiburoncito se aparta indignado de su «mamá-tiburona» «avergonzado» de que ésta se haya comido a los niños. Expresa deseos de «¡Que se muera!».

En el Psicodrama se ponen en juego roles familiares, y tal como ocurre en algunas familias, un hijo asume el papel de «bueno y fiel» y el otro de «malo y rebelde».

En situaciones de conflicto, tales roles opuestos cumplen una misión fundamental para la estabilidad en el funcionamiento de los sistemas. Permiten expresar sentimientos opuestos que coexisten en la familia o en el grupo; que son comunes a todos sus miembros, pero son depositados en determinadas personas. Estos roles opuestos son estereotipos, que frenan la expresión espontánea de los depositarios del rol. Su función es disminuir el nivel de angustia en la familia o en el grupo, pero a costa de perder espontaneidad. Hay mayor seguridad pero menor libertad.

Los roles del «hijo bueno» y del «hijo malo» aparecen en muchos relatos arcaicos. El más conocido quizás sea la historia bíblica de «Caín y Abel».

La actitud rebelde de «un tiburoncito» sirve al grupo para expresar indignación y vergüenza por su propia destructividad latente. La ternura de la otra «cría de la tiburona» permite superar la violencia y tener un momento de calma para tomar contacto con su destructividad: «los niños están muertos».

No son capaces de aceptar el dolor de la pérdida y recurren a la magia, representada por «el cura», que mediante «un conjuro» «resucita a los niños». El rol del cura es un

estereotipo de los sentimientos de omnipotencia que el grupo deposita en las terapeutas.

Al «ser resucitados los niños» se enfrentan nuevamente con sus partes infantiles, creándose una situación intolerable en el contexto de la etapa caótica en que se encuentra el grupo. «El rol de los niños» evidencia las necesidades infantiles insatisfechas y los temores de los participantes, ocultos bajo sus roles de adultos. La ansiedad y la rabia les obligan a proyectar su propia agresividad en un rol de autoridad, depositado en «el guardia civil». Éste «tortura al cura». El salvador omnipotente es convertido en chivo emisario.

La escena de «la tortura» queda aislada del resto del grupo. Mientras «el cura» es «torturado» por «el guardia civil», en otro lugar de la sala se prepara una fiesta, para «celebrar que han recuperado a los niños».

«El guardia civil» y «el cura» se sienten solos, no encontrando sentido a su actuación. Vuelven al grupo y no bailan, pero «pasean juntos por la fiesta». Los participantes pueden ya integrar, aunque con ciertas reservas, el rol de autoridad y el rol de salvador.

«El flautista» «comienza a animar la fiesta», siendo esto otra metáfora de las terapeutas que actúan como facilitadoras de la comunicación grupal.

La integración lograda en la fiesta no es completa. «El pescador» continúa encaramado en su silla, y desde un nivel de superioridad recuerda al grupo la lección aprendida: «El hombre, como el pez, muere por la boca». «La sentencia» del pescador apenas es escuchada por el resto de los participantes que desean seguir inmersos en el bullicio de la fiesta.

A pesar de todo, ya pueden permitir que «el flautista», rol de las terapeutas, «les lleve a hacer una terapia de grupo» en la que se cumplirán su deseo y su temor: integrar la agresividad y sus partes infantiles a través del Psicodrama, lo que constituye el emergente del grupo.

## CONCLUSIONES

El contenido de la sesión es muy representativo de la etapa caótica en que se encuentra el grupo, caracterizada entre otras cosas por:

- Falta de matriz grupal.
- Escasa relación interpersonal.
- Temor a ser visto, y destruido por la propia agresividad.
- Confusión y desconfianza.
- Inquietud y rigidez motoras.
- Dificultad para la expresión verbal de sentimientos y estados de ánimo.
- El grupo se centra en los terapeutas, en los que deposita su propia omnipotencia (rol de salvadores).

A lo largo de la sesión, se ha construido una matriz grupal con todos los componentes de la relación primigenia entre madre y niño; entre ellos se pueden citar:

- Rol de la madre buena y omnipotente.
- Rol de la madre mala y destructora.
- Amor hacia la madre buena que da comida, protección y cariño.
- Deseos de matar a la madre mala.
- Sentimientos de gratitud hacia la buena madre.
- Culpa por la propia destructividad y dolor por las pérdidas que ésta ocasiona.
- Tendencia a proyectar fuera las partes no aceptadas, que perturban la relación madre-niño.

La técnica del cuento grupal ha logrado sus objetivos:

- Desbloqueando al grupo.
- Permitiendo expresar los deseos y temores de los participantes a través del lenguaje simbólico. Se ha creado así una matriz de confian-

za que permitirá el encuentro interpersonal.

— Cada participante ha tomado contacto con partes suyas rechazadas, sin necesidad de desvelar aspectos personales que pudieran ser penosos, dadas las características del grupo.

El «grupo de iniciación» logró también su meta a lo largo de las siete sesiones que duró. Los participantes experimentaron en sí mismos «la vivencia de Psicodrama», que fue valorada positivamente por todos ellos.

— Probablemente derivaron efectos terapéuticos indirectos. Las sesiones permitieron tanto a los miembros del grupo como a las terapeutas un mejor conocimiento mutuo, a través de la experiencia emocional compartida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. BOSZORMENYI-NAGY y SPARK, GERALDINE, M.: *Las lealtades invisibles: Reciprocidad en la Terapia familiar intergeneracional.* Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1983.
2. KLEIN, MELAINE: *Sobre el sentimiento de soledad.* Ed. Paidós-Hormé. Buenos Aires, 1983.
3. POBLACIÓN KNAPPE, PABLO: *Etapas evolutivas de los grupos.* Apuntes I.T.G.P.
4. POBLACIÓN KNAPPE, PABLO: *La escena primigenia y el proceso diabólico.* Revista «Encuentro» publicada por el I.T.G.P. n.º 1, octubre 1985.
5. MENEGAZZO, C. M.: *Magia, Mito y Psicodrama.* Biblioteca de Psicología profunda. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1981.
6. SCHUTZENBERGER, A. ANCELIN: *Introducción al Psicodrama en sus aspectos técnicos.* Ed. Aguilar, 1970.



---

# EXPRESIÓN: UN DRAMA PARA EL ESQUIZOFRÉNICO

---

A. PINTADO CALVO

*Jefe Servicio Rehabilitación*

A. P. CHINCHILLA MARÍN, A. PELÁEZ DÍAZ y L. VILA PILLADO

*Médicos Residentes*

*Hospital Psiquiátrico Provincial. Almería*

## INTRODUCCIÓN

Después de tres años desarrollando la actividad Psicodramática en nuestro Servicio de Rehabilitación, dentro del marco INSTITUCIÓN que supone el Hospital Psiquiátrico, es una gran satisfacción para nosotros poder colaborar en la ponencia «Psicodrama/en la Institución» que nos reúne este año.

Nuestros trabajos anteriores (presentados en la I y II Reuniones Estatales de la A.E.P.) exponían la experiencia y conclusiones obtenidas en la práctica del Psicodrama con Psicóticos crónicos institucionalizados (Esquizofrénicos Residuales).

En este último año decidimos organizar nuevos grupos; siendo uno de estos grupos, solamente, el objeto de la actual comunicación.

Este es el grupo de JÓVENES ESQUIZOFRÉNICOS CRÓNICOS/CON PSICOPATOLOGÍA ACTIVA, o en denominación más corta y familiar: el grupo «Psicóticos jóvenes», puesto que es así como los llamamos en nuestra práctica cotidiana.

Todos y cada uno de sus componentes dependen en mayor o menor grado del Hospital Psiquiátrico. Todos dependen de la Institución.

## MÉTODO

### Selección de los pacientes

«Jóvenes Crónicos», «Nuevos Crónicos» son términos muy utilizados en los últimos tiempos, pero que no dejan aún perfectamente claro lo que tratan de definir. Se dice que suponen una nueva generación de pacientes psiquiátricos que han surgido bajo la influencia de la Psiquiatría Comunitaria ... o de su inexistencia, añadiríamos nosotros. Dilucidar qué son Nuevos Crónicos está dando y dará origen a muchos trabajos y discusiones. Como criterio operativo, para nosotros son aquellos que cumplen las condiciones expresadas ya en la introducción: ser jóvenes, ser esquizofrénicos, presentar psicopatología activa y estar (fuera o dentro) dependiendo durante años de la Institución.

Escogimos, pues, ocho pacientes que nos empujaron con su existencia a iniciar este grupo especial. Ninguno estaba integrado en ningún grupo de los que funcionaban en el Servicio, y todos, por una cosa u otra, eran altamente conflictivos.

De los ocho pacientes, dos tienen 25 años, tres cuentan 26, otros dos 28 y el mayor 31. La media aritmética es de 26,87 años (elevada obviamente por el joven de 31).

No podemos hablar de tiempo medio de estancia dadas sus idas, venidas, reingresos, hospitalizaciones a tiempo completo, a tiempo parcial, etc., pero sí de su tiempo medio de DEPENDENCIA INSTITUCIONAL, contando desde su primer ingreso en el Hospital (que fue en todos el primer contacto) hasta nuestros días (octubre de 1986). Esta DEPENDENCIA arroja una media de 4 años y medio, siendo la máxima 8 años y la mínima 1.

Dado lo cual, nuestro Psicótico joven medio tiene 26,87 años y depende de la institución desde que tenía algo más de 22 años.

### Egos auxiliares

Fácil en cuanto a selección: los ayudantes sanitarios/as, los médicos residentes del Servicio, todos ellos avezados en Psicodrama y el director del grupo.

Difícil en cuanto a organización: aparecen los problemas institucionales y el único miembro fijo es el director del grupo. La rotación por turno horario de los sanitarios y la variedad de actividades y situaciones de los médicos residentes en este año 86 no permite crear un grupo especial e inamovible de egos, digno del grupo, muy especial, de pacientes.

Creemos que la profesionalidad y el interés puesto por todos han hecho posible la andadura del grupo.

### Lugar

Desde que empezamos a pensar en la creación de este grupo, la intuición, más que nada, nos advertía de que esta vez el lugar no daba igual, sino que iba a ser pieza clave y fundamental. Se luchó cerradamente con la parte administrativa de la Institución, y al fin pudimos conseguir un lugar único y exclusivo para la práctica de este grupo, que aunque está dentro del Hospital, por sus características, por su estética, se evade de él. Es el 2.º y último piso de una torrecilla ligeramente abuhardillada, dos paredes constituidas por ventanales de suelo a techo que permiten un impresionante caudal de luz y una relajante vista de huertas, campo, mar y en días muy claros, hasta Cabo de Gata. El suelo se alfombró en su totalidad con jarapa de Níjar; y con el mismo tejido, aunque a distinto color, se hicieron cortinas para los ven-

tales que filtran el sol en verano. Un buen número de cojines constituyen el mobiliario. Ver cómo los pacientes hablan de *el Palomar*, nos confirma la idea de que el lugar para este tipo de grupos no constituye ningún capricho.

### Realización

Incluida en las actividades del plan de Rehabilitación, el grupo «Psicóticos jóvenes» se realiza una vez a la semana, los viernes, de las 12 h a las 13 h. Así, la presente comunicación se refiere a la realización de 22 sesiones de una hora, la primera el 14 de febrero de 1986 y la última el 26 de septiembre.

No se han realizado 11 sesiones en este período de tiempo: 4 por ser festivos, 2 por falta de egos auxiliares y 5 por vacaciones del director del grupo.

Por primera vez en nuestra experiencia, hemos conjuntado la técnica grupal propiamente dicha, sobre todo en cuanto a facilitar la relación, con la técnica psicodramática, buscando favorecer la expresión (hablaremos sobre esto en el apartado CONCLUSIONES), habiéndose empleado la dramatización en 15 de las 22 sesiones (un 68 %). Nuestra idea completa incluía la posibilidad de expresión plástica; pero una vez más, por problemas institucionales, nos quedamos con una pared forrada de táblex (cuando ya habíamos hecho muchas sesiones) pero sin el papel blanco imprescindible para dibujar o pintar.

Como normas, establecimos con los pacientes: procurar estimularnos todos para máxima asistencia; puntualidad, descalzarse a la entrada del local; sentarse o tumbarse lo más cómodos posible y no fumar. Las tres últimas normas se han cumplido siempre, la puntualidad casi absoluta y en cuanto a la asistencia: de las 22 sesiones, 1 paciente ha hecho 21, 2 han realizado 20, 1 tiene 18, otro 16, dos más 11 y el que menos 10. La media es de 16 sesiones sobre 22 (72,7 %). Los números son fríos, en otro apartado detallaremos individualmente.

### Recogida de datos

La tentación de grabar las sesiones ha estado presente (y explícita) en todo momento. Poder tomar en vídeo o cuando menos usar un magnetofón, nos hubiera hecho poseedo-



res de un interesantísimo material, pero podía interferirnos la experiencia dadas las características paranoides del grupo. Decidimos no utilizar ni siquiera un bolígrafo. Ventana del Diablo existe en otra dependencia del Hospital, pero no en *nuestro local*, así que tampoco nos servía, puesto que el lugar no es intercambiable.

Al final de cada sesión, inmediatamente, intentando no *dejar caer* las ideas por el camino, entre los dos o tres médicos que habíamos hecho la sesión, procurábamos transcribir lo más fielmente posible lo que acabábamos de vivir en un cuaderno. Es como utilizar el clásico observador, pero siendo varios y una vez acabada la sesión.

### Pauta técnica

Hemos querido ser fieles al principio de la ESPONTANEIDAD. Se ha estimulado la participación, pero la trama la han dado los pacientes. Se han seguido sus palabras (correctas o no), sugerencias, emociones y se han tratado de llevar, conducidos por aquello que podamos saber de la Esquizofrenia en general y de cada uno de nuestros ocho psicóticos en particular. Aunque más adelante abundemos más, diremos que se ha seguido una pauta descuidadamente directiva, introduciendo las escenificaciones allí mismo y en el momento, cortas, casi imprevistas, pero intensas, como las ilustraciones que buscan los niños ávidamente entre las páginas escritas de los cuentos de mucha letra.

### LA EXPERIENCIA

Consideramos este apartado como la COMUNICACIÓN propiamente dicha. Pero queremos que sea la comunicación más directa y viva posible con los JÓVENES PSICÓTICOS CRÓNICOS, para lo cual vamos a transcribir parte de nuestro material, casi en bruto: desde el esquizofrénico al oyente o lector.

#### Sobre las sesiones

##### a) Destacaremos algunas cosas

— De la 1.<sup>a</sup> sesión, destaca la total asistencia, la facilidad en la presentación y la buena acogida que hacen los pacientes.

— De la 2.<sup>a</sup> sesión, el valor de romper el hielo con las primeras escenificaciones, buena asunción de los pacientes y discusión final sobre los límites de las escenas: ¿resistencias de los egos, miedo acting-outs?

— De la 8.<sup>a</sup> sesión resalta el tema impuesto por el director: el suicidio. Varios pacientes cuentan sus intentos de suicidio. Se termina con escenas lúdicas.

— En la 10.<sup>a</sup> se produce una relajante regresión grupal a la infancia (incluidos egos), debido al cuento de hadas que relata deliciosamente una ego a un paciente.

— La sesión 12.<sup>a</sup> consiste, casi entera, en la conducción psicodramática de una distimia paranoide con muy buena participación de los egos auxiliares.

— En la 14.<sup>a</sup>, los egos reproducen en imágenes dramáticas las ideas delirantes y pseudopercepciones de un paciente. Recoge nuestro cuaderno: «Todos recogemos nuestra impresión unánime de que ha habido gran participación física y emocional, incluso con comentarios de los pacientes en este sentido».

— En la 15.<sup>a</sup>, los egos escenifican conversaciones con problemas de comunicación. Conversan con gestos convincentes de estarse entendiendo, pero hablan de temas absolutamente distintos. Es el «cada loco con su tema» llevado al artificio dramático. Los pacientes hacen un gran esfuerzo de integración, tratando de dar un sentido lógico.

— Destaca de la 19.<sup>a</sup> sesión, la interpretación de paralogías y neologismos. Se demuestra como vía alternativa para el entendimiento. Hablamos con los pacientes del problema del lenguaje verbal como comunicación-incomunicación, según los casos.

— En la 22.<sup>a</sup>, vuelve el tema del suicidio con el relato espontáneo que hace un paciente de un intento suyo. Se habla del «volver a nacer» y se escenifica el sufrimiento de un niño pequeño por el abandono de su madre. Se aprecia clara progresión de la «identidad» grupal.

b) Transcribimos casi en su totalidad la 6.<sup>a</sup> sesión como gráficamente ilustrativa: ... Paco dice que «todo el mundo tiene la cara de lo que come», todos opinan sobre si es cierto o no, y sigue diciendo que «Fernando tiene cara de zanahoria, el Dr. Pintado de comadreja y el Dr. Peláez de chufa, y él mismo de golondrina». Sale Fernando (paciente), a indicación del director, para que Paco le in-

dique cómo tiene que actuar para parecer una zanahoria. Paco cree que él «es una zanahoria siempre, haga lo que haga»; de todos modos intenta colocarlo con los brazos hacia atrás y todos piensan que Paco no tiene razón. El Dr. Pintado intenta adoptar una postura de comadreja y le invita a que él haga de golondrina. Paco lo hace sentándose en un cojín, absolutamente inmóvil. El director le sugiere que escoja entre los presentes a alguien que le ayude y él escoge a dos egos femeninos, «dos nenas» y les pide que le levanten del suelo cogiéndole por los brazos. Refiere que ha sentido más ayuda en el brazo derecho (esa ego es más fuerte). El director adopta postura de comadreja y pide a Paco que le ayude a ser una persona y dejar de ser una comadreja, porque no se siente a gusto como comadreja. Paco le ayuda levantándole en el aire como una pluma. Después, a indicación del director, salen Fernando y Ricardo (Daniel se niega) y con el director mueven todos los brazos como si volaran (alrededor de Paco). Paco comenta que el Dr. Pintado parece más un águila que una golondrina; todos tratan de parecerse al vuelo de la golondrina. El Dr. Pintado dice estar cansado y se sienta en su sitio, imitándole Fernando y quedándose Ricardo; entonces Paco le coge de la mano y lo lleva a su sitio diciendo, molesto, que «ya está bien». El director pide que cuenten cómo se han sentido. Fernando dice que «algo ridículo» y Paco que ha sentido vergüenza porque han hecho eso por él. Ricardo no se ha sentido ridículo. Luis no lo ha visto ridículo porque comprende que se ha hecho para quitarle a Paco el complejo y ayudarlo a ser una persona...

**c) Del resto de sesiones no especificadas en apartados a) y b)** podemos decir, por no extendernos, que los temas son muy diversos (vida cotidiana, diferencias y similitudes entre las personas, la naturaleza, el hombre como identidad, la violencia, la timidez, el orgullo, la dignidad, la tolerancia, etc.) que casi todos ellos sirven para *hacer tablas*, para el *warning-up*, que alguna es demasiado teorizante y que «seguramente por su número», la 13, al hacerse con un *mínimum* de personal, por lo tanto muy forzada, es paradigmática de cómo se contagia el desencanto

a los pacientes y se imposibilita la cohesión grupal.

### Sobre los pacientes

**Paco.** Sólo faltó a dos sesiones (la 17 y 18) por irse de permiso a Asturias a ver a su madre y a su abuela (no lo hacía en 7 u 8 años). A las cuatro últimas sesiones viene desde su pueblo al Hospital especialmente.

Interesado desde la 1.<sup>a</sup> sesión, dice, más juicioso de lo que aparenta, que «tenemos más o menos la misma enfermedad». En otra sesión dice «Daniel se va a morir; la gente no lo acepta; es un inútil, no es fuerte, habría que darle el alta» (después queda claro que se refería a sí mismo). «Cuando me empecé a volver loco las cosas eran de verdad». En otra comenta que ha estado en la cárcel, que a los 11-12 años trabajaba llevando botellas y estudiaba. Tras hacer una escena, dice que entiende perfectamente a las mujeres por telepatía. En otra sesión: «todo el mundo tiene la cara de lo que come...» (ver sesión descrita en el apartado anterior) y hace de golondrina inmóvil. En la 7.<sup>a</sup> sesión rectifica y dice «lo que yo quería decir es que en algunos aspectos las personas se parecen a los animales». Otro día refiere años duros de necesidades en la infancia (hambre).

De la soledad piensa: «me encuentro mejor solo; la compañía sería con una mujer que es como una vara que se doma, pero una vez arqueada ponen un pelo en el arco y te devuelven la flecha». Buena mímica en escenificación de acercamiento a otros.

Otro día cuenta sus impresiones sobre el mar y cuando era pescador, dice encontrarse muy a gusto en el movimiento del barco: «eso es la vida». Después tercia para decir que un día le dará un sillazo a uno de la Unidad que lo molesta, luego se ríe.

En la sesión 10.<sup>a</sup> dice que ya no puede hacer de golondrina igual «porque ya se ha curado el ala que tenía rota». Dramatiza golondrina volando. Ayuda voluntario a compañeros a dramatizar. Una semana después, participa menos pero nos cuenta el chiste de que los «vándalos» dieron lugar a los «vandaluces». Sigue participando en diversas escenas.

En la 12.<sup>a</sup> refiere que su abuela en la post-

guerra se compinchó con un carabinero, «hicieron eso» y nació un niño. En otra sesión se interesa francamente por los compañeros, estupenda colaboración grupal; señala que la frontera pensamiento-realidad, a veces no existe. Define la psicosis como «una forma de ser rara».

Tras escena de conversación (sesión 15.<sup>a</sup>) dice: «me acaban de resolver un enigma de mi infancia; eran dos hombres que hablaban en una historieta, uno con un triángulo y otro con un cuadrado sobre sus cabezas. Al final se juntaban cuadrado y triángulo en un solo».

En otra sesión relata cómo su abuela fue la culpable de la separación de sus padres, y acaba contando su primer brote esquizofrénico: «empezó a reinarne la cabeza y sólo pensaba en las cosas malas que había hecho».

Opina sobre el grupo: «es lo mejor que se ha podido hacer en el Hospital, tiene capacidad, se pueden decir los problemas y no a un pampinas, eso no sirve; tampoco es cuestión de amigos, eso solo no sirve». Da su visión de la enfermedad mental, absolutamente ambientalista, socio-familiar, esperanzadora.

Sobre inclusión de nuevo miembro al grupo, dice que si precisamente está el candidato «chalado», como dicen otros, razón de más para que asista al grupo. Persiste su colaboración grupal con los demás.

**Bernardino.** Faltó a 12 sesiones, no volviendo al grupo desde la 13.<sup>a</sup>, salvo diez minutos a la 19.<sup>a</sup>. Se le va a sustituir.

Atento, apenas participativo y sirviendo de índice de realidad en las que asistió. Expresa su idea sobre la enfermedad mental totalmente psicofarmacológica, fatalista, desesperanzada. En la sesión 13.<sup>a</sup> otro paciente habló de «putas», él se indignó y no volvió desde entonces.

**Ricardo.** Por pura casualidad sólo ha faltado 2 sesiones: la 9.<sup>a</sup> porque se le olvidó y la 17.<sup>a</sup> por estar por segunda vez en poco tiempo en el Servicio de Agudos, absolutamente delirante (delirio místico, mesiánico y de grandeza).

Sus intervenciones han sido siempre inducidas. Casi siempre levanta la mano para hablar. Enormemente reservado. A veces se

ha ofrecido para ayudar en escenas. Una vez que se habló del hambre y otra del origen del hombre, aprovechó para disertar sobre Jesucristo y la Biblia (su tema). Sus alucinaciones y delirios dieron pie a escenas que reconoció en imágenes. En las dos últimas sesiones ha participado más espontáneamente, definió muy acertadamente, orgullo, dignidad, timidez y cree que es importante «eso de tenerle miedo a la gente, a la calle».

**Daniel.** Es el atípico del grupo por edad (31) y tiempo de dependencia institucional (1 año). Se hizo crónico en su casa, defec-tuándose a lo largo de los años.

Faltó a la 8.<sup>a</sup> sesión: unas horas antes se había colgado por el cuello de un alambre que se partió con su peso. De la 13 a la 22 ha faltado por hallarse en su pueblo y ser éste muy lejano de la capital. Ahora consta como alta.

Es un solitario auténtico (fue pastor), cuya participación estuvo siempre en la atención y en breves comentarios huidizos.

«Viendo estas cosas me siento peor». «Como siga así va a ser verdad» (cuando Paco dijo que moriría). «Quiero el alta».

En la 4.<sup>a</sup> sesión, muy bien dirigido por ego femenino, hace de hermano mayor de ella y dice estar contento.

Pasivamente, sin saberlo siquiera, su intento de suicidio y su última revisión han dado pie a escenas y comentarios en los que ha participado todo el grupo.

**Fernando.** Ha faltado a 11 sesiones, la mayoría por problemas de desplazamiento desde su pueblo al Hospital y de la 19.<sup>a</sup> a la 21.<sup>a</sup> porque no ha querido. Su dependencia es en régimen de puertas abiertas un poco atípico.

Muy participativo, coherente y colaborador en las primeras sesiones (ver la 6.<sup>a</sup> sesión ya descrita).

Prefiere hablar y entenderse con los animales y escenifica sueño-muerte-despertar-nacer. Cuenta algún sueño y poluciones nocturnas. Hace de director en una escena en que dos compañeros hacen de borrachos.

Destaca en la 11.<sup>a</sup> sesión sirviendo de índice de realidad y con excelente tono afectivo. Atento, pero callado en la 12.<sup>a</sup>. Dice de la Psicosis: «enfermedad mental que no im-

plica agresividad». Se refiere abierta y espontáneamente a «sistemas de comunicación» dando pie a la sesión 15.<sup>a</sup> (ver apartado anterior) y haciendo grandes esfuerzos de integración. Hablando en otra de violencia, dice que «nunca se puede perder el respeto a los demás».

En la 18.<sup>a</sup> hace un rechazo activo del grupo; dice simplemente que se encuentra mareado.

A su vuelta en la 22.<sup>a</sup> dice extrañarle mucho «el miedo de Daniel a la gente» (se habla de ese paciente) y reinicia participación aceptable.

**Luis.** Sólo ha faltado a la 10.<sup>a</sup> y 17.<sup>a</sup> sin justificar ambas. Ya en la 2.<sup>a</sup> sesión refiere un sueño y se le da la oportunidad de que lo dirija con egos, cosa que hace afanosamente (trata de amor imposible de una pareja y separación final con un beso). Después cuenta otro de: «dragón, infierno, cielo rojo, un niño en un planeta».

En otra sesión dice aceptar a Daniel tal como es y luego pregunta que «qué ocurriría si un mono blanco bajara a actuar como un hombre y organizara o arreglara el mundo». Dice «que la rutina es la causa de la locura» y que «si somos individuos o dejamos de serlo al estar en comunidad». Mezcla, en ocasiones, animales y personas. Otra vez, cuenta que estuvo de pequeño en un reformatorio «por quitar un cristal, por gastar la putada». Opina que «el pastor pone el nombre a las ovejas y éstas se enamoran de él».

Participa con afán en escenas y pide volverlas a hacer para corregir cosas que no le han gustado. «Es mejor evitar discrepancias para que no te abandonen». «Los hombres primitivos eran como animales».

Recuerda su intento de suicidio «con el bolígrafo apretando en el vientre»: «estaría desmoralizado». Cada vez cumple mejor los roles, con más convicción e interés. Cree que «siempre que alguien sufre una violencia es por merecimiento»; «aunque razón y merecimiento no son lo mismo».

Despliega su teoría en la 11.<sup>a</sup> sesión de la íntima relación que existe entre el nombre de las personas, su destino y personalidad (incluidos apellidos): dirige y actúa en escena de boda y después pone nombre a niño peque-

ño; «el niño debe llamarse VALGO para ser válido». «La madre también debe llamarse VALGO». Confunde sus límites con los del niño y la madre. Niega su primer apellido. Conducido, pone al niño su primer apellido y el primero de ego-madre. «El final ha estado fatal». «Ella no me entendía; es muy idealista» (¿de ideas fijas?).

Ya en otra sesión, dice: «lo único que sé es que soy un hombre, con mi fuerza, mi trabajo, no sé de dioses ni de religiones y estar aquí no es ninguna marginación».

Define la PSICOSIS: «persona que si no se la respeta es violenta». Otra vez refiere un encuentro que tuvo hace años con dos gigantes en un barrio de la ciudad.

Con sus paralogías: «machismo y vulgarizar» da pie a escenas que acaban expresando lo que él quería decir: paternalismo-autoritarismo y humillar. Pero no le vale un padre comprensivo: «Todos los padres tienen que meter en la cárcel a los hijos que se drogan», «el padre trabaja mucho, organiza y no puede sufrir».

Llama «orgullo» a «algo positivo que vale para empezar otro día» y bautiza como «tolerancia» a aguante y resignación.

Piensa que en la niñez «no se puede disfrutar ni sufrir porque no se tiene conocimiento». Pero se angustia inmediatamente al ver escena en que el niño llora porque madre se retira de su lado: «vaya usted, vaya». Luego especifica que el niño precisa un padre que le haga cosas «para coger de la hombría».

**Juan Antonio.** Ha faltado seis sesiones «salteadas» y sin justificación.

Desde la primera sesión, con actitud pseudopsicopática y negando el más mínimo problema, o cosa que pueda inquietarle o que le dé que pensar.

Al ser invitado a hacer escena de hermano de ego femenino, empieza con un beso y continúa como en «lugar de alterne». Naturalmente, solicita en la sesión siguiente hacer de hermano mayor de tres egos femeninos.

En la sesión que se comenta intento de suicidio de Daniel, él solo se parte de risa: «esas cosas hay que estar chalado para hacerlas, yo nunca lo haría» y pasa a pedir un anticipo de su paga. Termina la sesión pasando a los aseos de forma inesperada, en vez

de cumplir rol encomendado; conducta que produce una carcajada grupal (fuera de sesión, comentaría a enfermera que «vaya unos temas»).

En la sesión 13.<sup>a</sup>, dice que se podría hablar de «comida ... o de tías, pero vamos, que sean putas». Tras disgregar la sesión se empeña en seguir hablando de putas.

Sigue en su mundo hasta que en la 17.<sup>a</sup> parece más relajado, un poco participativo, y deja resquicio para que se le hable de que la negación de los problemas no es el único método a usar.

En la 18.<sup>a</sup> asume bien el rol de persona que solicita trabajo y siente «un poco de pena» ante el rol de parado hambriento que hace un ego.

En la 20.<sup>a</sup> quiere dramatizar un atraco. Quiere aventura, divertirse.

En la 21.<sup>a</sup> participa francamente y es útil al grupo. Y en la 22.<sup>a</sup>, al escuchar de otro compañero el «volver a nacer», relata con detalle su intento de suicidio cuando sirvió en paracaidismo, al saltar del avión soltando la argolla para que no se abriera el paracaídas y así matarse. «Estaba desesperado; acabé tirando en el aire del dispositivo de seguridad, porque pensé que estaba loco». «Después me quedé igual de desesperado».

«Volver a nacer sería ser niño de cochecito con chupete, la madre le cuida, es feliz, no tiene problemas». «Yo estuve con el chupete hasta los 4-5 años».

**José Antonio.** Faltó a cuatro sesiones, dos de ellas justificadas.

Para contar sobre José Antonio en este grupo sería imprescindible el magnetofón, horas y horas para escuchar sus disgregadas intervenciones, casi siempre fuera de contexto (o queriéndose salir) y un intérprete especialista en idioma esquizofrénico. Pero siempre con buen ánimo de participación y de integración en el grupo.

En la segunda sesión refiere angustiado «el sueño» de su hermanilla durmiendo a su lado una noche que llegó a casa «muy borracho». Se escenifica; persiste angustia.

Refiere que estuvo en reformatorio «como un cuartel para niños». Habla de figuras de médico-padre y de dificultad de iniciar relaciones personales.

Relata cosas de su niñez: «MADRE-MARÍA me contaba cosas de brujas». (Era una señora anciana a la que cita como su abuela-madre) «hablar con mi madre es como hablar con nadie». Se siente muy feliz al escuchar cuento de hadas por ego femenino.

Protagoniza distimia paranoide: «Que nadie miente a mi familia». Se controla bien escenificando él mismo con la ayuda de egos. Nos cuenta otro día «su historia del INDALO (dibujó rupestre que hoy es símbolo de Almería): «Era el hijo de una familia que temiendo que su casa se hundiera con la lluvia, fue al campo e imploró a Dios con las piernas separadas y los brazos en cruz, apareciéndole un arco iris desde una mano a otra».

## CONCLUSIONES

En principio, y dadas las características del grupo, pensamos que cada uno puede sacar conclusiones del apartado anterior «la experiencia». Serán conclusiones subjetivas y, por lo tanto, acertadas para cada uno.

Creemos que en la tarea clínico-asistencial convencional (incluidas terapias individuales «de despacho») no existen ni cauce ni estímulo para que el ESQUIZOFRÉNICO pueda EXPRESAR adecuadamente sus: vivencias, emociones, ideas, sentimientos. Además, el lenguaje verbal no sólo es pobre e insuficiente para expresar todas esas cosas, sino que a veces (y en los psicóticos, por supuesto, más) distorsiona y confunde.

También hay que tener en cuenta que la dificultad de expresión es algo grave para todo esquizofrénico, pero que constituye un verdadero drama para el ESQUIZOFRÉNICO CRÓNICO y que si encima éste es JOVEN, alcanza el grado de tragedia.

Por todo ello, es necesario poner en marcha vehículos de expresión alternativos y en este sentido hemos utilizado el PSICODRAMA en este grupo.

Se puede ver, si se busca, en línea discontinua, como todo lo psicótico, pero al fin y al cabo, en línea, cómo al facilitar la expresión en grupo aumenta la COMUNICACIÓN, haciendo cada vez un grupo más verdadero, donde el esquizofrénico irá pasando de expre-

sar a EXPRESARSE, a manifestarse como un todo, al tener la oportunidad de ser como él es, con sus experiencias psicóticas y no psicóticas al mismo tiempo, ya que sólo en el grado que pueda expresarlas podrá llegar a diferenciarlas.

Este paso de expresar a EXPRESARSE constituirá nuestro trabajo al seguir con el grupo, de la sesión 23.<sup>a</sup> en adelante, procurando ir sacando a flote las biografías de los pacientes (que no es lo mismo que las HISTORIAS CLÍNICAS que ya tenemos hace mucho tiempo) y quizá alguna vez culminar el rompecabezas.

## RESUMEN

Se trata de la creación y puesta en marcha de un grupo de ocho jóvenes esquizofrénicos crónicos. Se delimita operativamente el concepto de DEPENDENCIA INSTITUCIONAL en lugar de estancia, así como de JOVEN O NUEVO CRÓNICO.

Se relata la experiencia recogida en las veintidós sesiones realizadas, resumiendo su contenido y detallando en cada paciente.

Se incide en la enorme importancia de la posibilidad de EXPRESIÓN para el esquizofrénico y en la utilidad del PSICODRAMA como

vehículo, señalándose también la mejora en la COMUNICACIÓN GRUPAL.

## Palabras clave

ESQUIZOFRENIA  
JÓVENES CRÓNICOS  
PSICODRAMA  
EXPRESIÓN

## BIBLIOGRAFÍA

- LÓPEZ SÁNCHEZ, J. M.: *El psicodrama en psiquiatría clínica*. Círculo de estudios psicopatológicos, 1982.
- GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M.: *Psicoterapia de grupo en las crisis esquizofrénicas*. Revista Asociación Española Neuropsiquiatría, año V, n.º 14, julio-septiembre, 1985.
- GUIMÓN, J. y TOTRIKA, K.: *Psicoterapia grupal para la mejora de la competencia social del esquizofrénico*. «Psiquis-1985».
- PINTADO, A., BLÁNQUEZ, A., CHINCHILLA, A. P. y DÍAZ, D.: *Utilización del Psicodrama en Esquizofrénicos residuales*. Modelos teóricos y técnicas psicodramáticas. Diputación Provincial. Granada, 1986.
- PINTADO, A., BLÁNQUEZ, P., DÍAZ, D. y PELÁEZ, A.: *Psicodrama en psicóticos crónicos*. Folia neuropsiquiátrica del Sur y Este de España, mayo-agosto, 1986.

---

# EL ROL DE PSICÓLOGO APRENDIDO Y DRAMATIZADO EN LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

---

SERGIO CANADÉ y EILEEN WIELAND\*

## INTRODUCCIÓN

Esta es una nueva experiencia que se realizó con los estudiantes del quinto curso de la opción escolar de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona a principios del curso académico 85-86.

Tras varios años de docencia, advertía la indiferencia y pasividad de los estudiantes, al estar más próximos a la graduación, suponía que estarían más motivados para el aprendizaje; sin embargo no era así. Me planteaba diferentes explicaciones respondiéndome qué estaba sucediendo, detrás de esta actitud distante y desmotivada.

Fue cuando, intercambiando ideas con el licenciado CANADÉ, se presentó la posibilidad de realizar esta experiencia con psicodrama que fue enriquecedora para todos.

## METODOLOGÍA PSICODRAMÁTICA

El método psicodramático que hemos utilizado está orientado a la comprensión de la imagen que el estudiante tiene del rol. No se trata de un aprendizaje de roles para un mejor rendimiento del mismo. Se trata de inves-

tigar el rol latente o potencial dentro de un encuadre pedagógico.

Podemos decir que el estudiante de psicología no tiene el rol desarrollado en la medida en que aún no ejerce la profesión, pero sí tiene un rol latente o potencial, punto de anclaje de identificaciones y fantasías reparatorias que evidentemente influirán a la hora de ejercer el rol, favoreciendo u obstaculizando su desempeño.

Diferenciamos cuatro momentos fundamentales dentro de un mismo proceso:

1. El juego de las escenas.
2. El momento racional o conceptual.
3. La construcción de una imagen simbólica.
4. El movimiento asociativo.

1. El juego de las escenas: los alumnos aportan escenas que traducen lo que conocen del rol o la experiencia que tienen del mismo. Las escenas se dramatizan tal cual se plantean convocando a una participación grupal. Se trata de reunir un juego de escenas a partir del cual podemos abstraer y pensar. Se dramatiza: para una mejor participación grupal, para partir de una experiencia en común, para un compromiso afectivo con la tarea, para conectar el lenguaje con la acción.

2. El momento racional o conceptual: se lleva a cabo en el contexto grupal. Aquí, pensar equivale a discriminar aquellos elementos

\* Agradecemos a los estudiantes que han participado en esta experiencia y en especial a IRENE YAMBA, quien colaboró con la crónica de la sesión.

que se repiten, las características del vínculo que se encuentran en todas las escenas dramatizadas. Es un comienzo de teorización y explicación del rol involucrado en la escena.

**3. La construcción de una imagen simbólica:** el espacio dramático se abre para construir una imagen simbólica tomando los elementos comunes de las escenas, una síntesis de las escenas anteriores.

Una imagen simbólica nos hace ver qué es lo más significativo, la cualidad del vínculo y da una nueva apertura sin que por ello queden afectados los contenidos anteriores. Como toda imagen, no se la debe aislar del contexto dentro del cual es utilizada y, sobre todo, encontrar qué datos nuevos nos aporta para leer las escenas anteriores.

**4. El movimiento asociativo:** que se expresa nos da, en un registro simbólico, la manifestación del rol latente que hasta ese momento estaba disociado. Lo que no se quería ver y era fuente de ansiedades y defensas, es verbalizado.

## CRÓNICA DE LA EXPERIENCIA

Se propone al grupo de estudiantes que representen escenas del rol profesional de psicólogos escolares.

La primera escena se trata de un psicólogo escolar ejerciendo en una escuela rígida y autoritaria. Un maestro pide asesoramiento al psicólogo sobre qué hacer con un alumno indisciplinado.

Se dramatiza la entrevista entre maestro, director y psicólogo. El director y el maestro defienden la postura de que el niño necesita más disciplina. El psicólogo da su asesoramiento explicando las razones de la actitud del niño, sin éxito. («... siempre hemos actuado así y ha dado resultado...»).

En la segunda escena se propone la entrevista del psicólogo a los padres por problemas de fracaso escolar. Los padres se muestran negadores y poco colaboradores («... es un niño normal» ... «en casa todo va bien...»).

El psicólogo fracasa en la entrevista, ya que su objetivo de recoger más datos sobre el niño es inútil.

La tercera escena se trata de unos padres que reciben un informe psicológico de la escuela. Abrumada por el informe la madre llama por teléfono a una psicóloga amiga. Buscaba colocar en su interlocutor toda su irritación e indignación provocada por el informe. («... sé cómo es mi hijo y no creo nada de lo que me dicen...»).

Se comentan los elementos comunes que

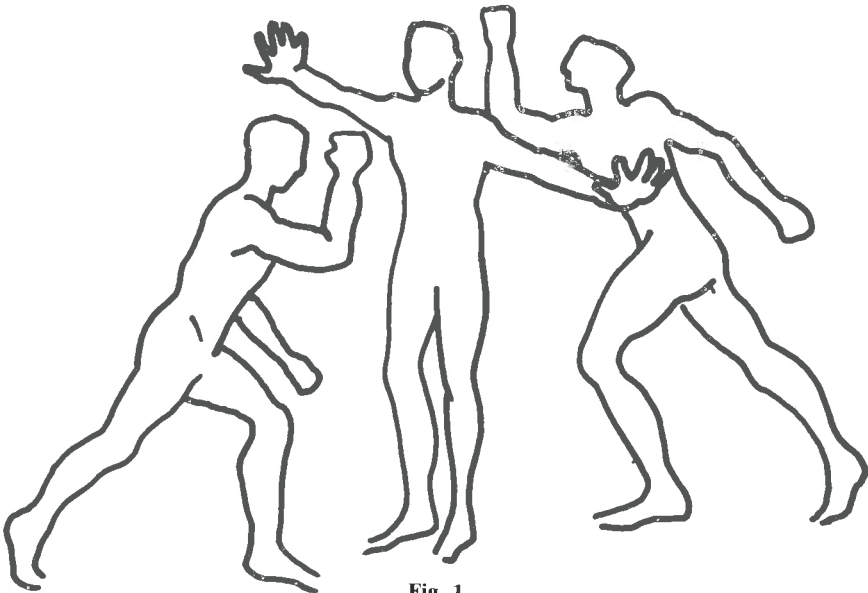


Fig. 1



aparecen en las tres escenas y se construye una imagen simbólica que sintetiza el vínculo con los elementos más significativos de las tres escenas. Los elementos señalados por los alumnos son: enfrentamiento-ataque-luchadesvalorización-barrera.

La imagen simbólica construida a la manera de una escultura. (Fig. 1).

Esta imagen simbólica desencadena en el grupo protesta, negación, ansiedades paranoides («... esto no es así» .. «la función del psicólogo es otra cosa» «... hay manipulación», «... estaba preparado...»). Se solicita que construyan otra imagen simbólica sobre lo que sería la función del psicólogo. (Fig. 2).

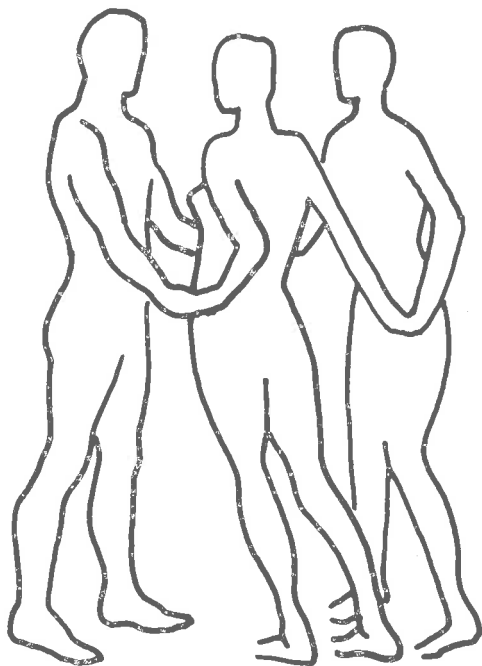


Fig. 2

Es una imagen donde hay una unión idealizada de madre-hijo-psicólogo. («todos unidos para ayudarnos»).

Se pide un soliloquio: *psicólogo*: «quiero ayudar a esta madre y a este niño»

*Madre*: «Traigo al niño para que lo ayude a mejorar».

*Niño*: «Mi mamá no me quiere porque me trae a esta señora que no sé quién es...»

## ANÁLISIS DE ESTA EXPERIENCIA

La metodología que utilizamos es útil para explicar el rol latente que los estudiantes tienen internalizado.

Creemos que la experiencia puede ser analizada e interpretada desde diferentes puntos de vista y niveles. Nosotros centraremos la interpretación en el hecho de que estos estudiantes han cursado cinco años de carrera y están próximos a ser profesionales.

Lo que se evidencia en primer lugar es la impotencia del psicólogo para promover cambios y la desvalorización de su instrumento. Al comentar estos aspectos, surge la necesidad de idealizar lo que internamente está desvalorizado, recurriendo a una imagen idílica de la profesión. Pero este intento es frágil, porque el niño, que parece ser el beneficiario de esta ayuda, es quien la rechaza.

Esto nos plantea: ¿por qué después de cinco años de aprendizaje, los alumnos no han podido incorporar unos instrumentos que sientan útiles?

¿Qué podemos hacer para que esta situación interna se modifique?

Pensamos que la experiencia realizada evidencia la necesidad de idealizar. Las idealizaciones depositadas en el aprendizaje de una profesión, las altas expectativas puestas en esta formación, al no verse satisfechas, han colaborado a la impotencia y a la desvalorización de sus instrumentos de trabajo. Esto parece explicar la actitud de indiferencia y apatía que muestran en su rol de estudiantes.

Se sobrevalora entonces la incorporación del saber como un modo de negar estas identificaciones latentes.

Pensamos que, además de la información que debe recibir el estudiante, se debería crear en los planes de estudio un espacio psicodramático donde se puedan trabajar estas identificaciones latentes, pues creemos que son una seria traba a un mejor desempeño de su futuro rol profesional.



---

# EL ROLE-PLAYING EN LA BÚSQUEDA DE EMPLEO EN EL INEM

---

JUAN CARLOS URÍSZAR

## INTRODUCCIÓN

Cómo surgió la idea de hacer *Role-Playing* en el Instituto Nacional de Empleo.

A raíz de la incorporación en el INEM del cuerpo de Promotores de Formación e Inserción Profesional, se celebraron varias reuniones en la Dirección Provincial de la entidad en Barcelona con el fin de delimitar y coordinar las funciones que este cuerpo habría de desempeñar para llevar a la práctica el Plan Nacional de Formación e Inserción Profesional (PNFIP) para trabajadores en paro, usuarios de la entidad.

Fue en una de estas reuniones donde expresamos la utilidad que el Role-Playing podría aportar a la hora de orientar al usuario sobre actitudes adecuadas en entrevistas cuyo objeto fuera la consecución de un empleo.

Frente a las orientaciones que estaban indicadas desde el Plan Nacional de Inserción, relativas a la entrevista de selección de personal y que tenían la forma de un listado de normas a aplicar para conseguir una entrevista óptima, que el usuario habría de memorizar y luego tener en cuenta en la situación real, se propuso la utilización del Role-Playing como forma didáctica de trabajo que permite aprender e integrar actitudes adecuadas (en este caso, a la situación de entrevista)

al posibilitar su ejercitación real dentro del «Como si...» dramático, lo cual permite, por un lado, acceder a una experiencia que bien no se ha conocido anteriormente o bien se aborda desde un nuevo punto de vista y, por otro, conseguir un dominio de la inseguridad (ansiedad) frente a la situación nueva mediante la anticipación y el ensayo.

La idea fue aceptada, y desde el mes de julio del presente año se está utilizando el Role-Playing en la Oficina del INEM de Guineueta al aplicar este Plan.

## UBICACIÓN DEL ROLE-PLAYING EN EL PNFIP

El Plan Ministerial citado se ocupa, por un lado, de preparar a los usuarios del INEM para obtener los conocimientos, destrezas y actitudes necesarias para desarrollar el puesto de trabajo a través de la Formación Ocupacional y, por otro, de enseñar a buscar trabajo mediante los Planes Individuales de Búsqueda de Empleo (PIBE) los cuales consisten fundamentalmente en organizar conjuntamente (promotor y usuario) el esfuerzo personal de este último programando acciones que le ayuden a encontrar empleo con más facilidad, de forma tal que, al finalizar

el período de compromiso con el Plan (tres meses aproximadamente), el usuario se encuentre en mejores condiciones de buscar individualmente empleo por cuenta ajena.

Desglosándolo, las fases que se siguen son:

### **Primera sesión (tres horas)**

— Información inicial (individual o colectiva) sobre:

a) Servicios que la Oficina del INEM ofrece a los demandantes de empleo.

b) Ocupaciones y su clasificación.

c) Clases de trabajo por cuenta propia y por cuenta ajena.

d) Búsqueda organizada de trabajo por cuenta ajena y actividades que competen a ella.

— Entrega de documentos pertinentes.

— Análisis del método de búsqueda utilizado por el usuario.

— Confección de currículums, cartas de presentación y demás documentos habituales en la búsqueda de empleo.

— Información sobre tipos de contratos y ofertas de trabajo.

— Análisis de las posibilidades profesionales e intereses del usuario.

— Corrección del historial que el INEM posee del demandante de empleo.

### **Segunda sesión (tres horas)**

— Información sobre el mercado laboral y debate sobre experiencias de los usuarios dentro de este mundo.

— Role-Playing centrado en la situación de entrevista.

— Orientación sobre campos adecuados de búsqueda de empleo.

— Agenda de búsqueda, planeamiento e iniciación.

### **Sesiones de seguimiento (dos horas)**

— Comentarios sobre la agenda de búsqueda.

— Role-Playing.

Hasta aquí hemos visto qué apartado ocupa el Role-Playing dentro de las fases del PIBE. Pasaremos ahora a ver cuál es su instrumentación de acuerdo con el uso que hemos propuesto.

## **CÓMO UTILIZAMOS EL ROLE-PLAYING EN EL PIBE**

El objetivo general que rige la línea de trabajo es conseguir el paso del desempeño de un rol profesional inseguro o poco desarrollado a otro más definido y autónomo, entendiendo como rol profesional el conformado por funciones, actitudes y conductas situadas alrededor del estricto desempeño del oficio y que son necesarias para que el demandante de empleo pueda conseguir un lugar en el mercado laboral.

Siendo así que la finalidad principal consiste en entrenarse para aprender a desempeñar el rol profesional tomando como punto de partida la situación de entrevista.

El ámbito de aplicación abarca en principio a aquellos usuarios de la zona de «Nou Barris» que, no teniendo dominio del rol profesional, afirmen, una vez informados, estar interesados en entrenarse.

Las características más generales del barrio, en el cual hay 27.000 parados, son:

— Está situado en el extrarradio.

— Es, en su mayoría, un barrio de operarios.

— Existe un porcentaje considerable de marginalidad social.

Hemos incluido en los grupos demandantes que:

— Poseen el nivel educativo mínimo de graduado escolar, predominando el nivel de F.P. no concluido y sólo dos licenciados.

— No tienen ninguna característica evidente de marginalidad exceptuando a un excarcelado y a un internado en un centro psiquiátrico por breve tiempo (al parecer debido a una crisis).

— Su edad oscila entre los 20 y los 43 años.

Hasta la fecha (15 de septiembre), hemos realizado cinco sesiones de Role-Playing de 1,30 a 2 horas de duración con dos grupos de nueve personas cada uno (de 20-30 años y de 30-43 respectivamente) en una sala de la O.E. Guineueta con espacio suficiente aunque no exenta de ruido que a veces dificulta la dinámica.

La óptica teórica que utilizamos sigue la vía Moreniana, entendiendo al Role-Playing como un recurso dramático que funciona en

la zona del campo experimental definida por el «como-si», zona operacional ésta que permite el juego y, por tanto, favorece la espontaneidad ensayando, repitiendo, corrigiendo y puliendo conductas y actitudes que cada vez van conformando más nitidamente el rol profesional de cada individuo, y que, por otro lado, supone ser un medio «catártico» donde el individuo encuentra la oportunidad de canalizar las ansiedades provocadas por la situación que estamos trabajando en el «aquí y ahora» de la dramatización.

Pero también utilizamos algunos puntos de referencia tomados del Análisis Transaccional, de la Teoría de la Comunicación, y de la Lectura de Formas según la manera de la Escuela Argentina, porque nos han resultado muy útiles a la hora de analizar y elaborar estrategias de intervención: bien sea concibiendo la situación dramática como un juego con reglas y guión que va hacia un desenlace y se repite a la manera de una Conserva Cultural, bien detectando la información transmitida análogicamente (carraspeos, ritmos respiratorios, sudoraciones, tonos de voz, tics, tensiones musculares, posición y movimiento corporal, situación local, etc.), bien reconociendo fenómenos lingüísticos del tipo generalización, eliminación o distorsión que impiden una apercepción más adecuada de la realidad, facilitando conductas que pueden conformar un «guión de fracasado».

El encuadre de trabajo mantiene el siguiente esquema:

### Tres contextos

- Social, de donde proviene la temática centrada en la falta y búsqueda de empleo.
- Grupal, donde se expone y debate.
- Dramático, donde se dramatiza y se interviene.

### Tres etapas

#### Caldeamiento:

— Inespecífico: consideramos aquí los comentarios referentes a la información facilitada sobre el mercado laboral, las experiencias de los usuarios si se trata de la segunda sesión o los comentarios sobre la agenda de planificación de búsqueda de empleo en las sesiones de seguimiento.

— Específico: a partir de que se comienza a comentar sobre las entrevistas, sus circunstancias, problemas específicos del mundo laboral, anécdotas, etc., se dramatizan para favorecer la aparición de un emergente.

Dramatización: cuando aparece un protagonista y se dramatiza desde su problemática particular en la línea de mejorar su rol profesional. (Se interviene con las técnicas psicodramáticas).

Comentarios y aportaciones de todo el grupo sobre lo acontecido.

Vuelve a comenzar el ciclo de etapas.

### Cinco instrumentos

- Director, que coordina la sesión.
- Yo-Auxiliares, no cualificados (siendo, por tanto, menor la efectividad operativa del dúo Director/Yo-Auxiliar).
- Protagonista, en quien se centra el trabajo de desarrollo de su rol profesional.
- Escenario, donde se dramatiza.
- Auditorio, desde donde se observa.

### Técnicas

Inversión de roles, doble, concretización (con objetos y alturas principalmente), trabajo con imágenes estáticas, interpolación de resistencias y proyección hacia el futuro (para trabajar situaciones en las que el futuro está sujeto a condiciones que tienden a llevar al fracaso).

### DATOS QUE HEMOS ENCONTRADO CON MÁS FRECUENCIA

En general, una falta de recursos para desenvolverse socialmente, es decir, roles sociales (además del profesional) poco desarrollados. En la situación de entrevista hemos observado que el rol de entrevistado «es» un rol sin poder y el de entrevistador «es» un rol que posee y al que se le delega el poder de la situación.

Las características más usuales con las que se juega el rol de entrevistado son:

- Falta de iniciativa personal.
- Falta de curiosidad por el trabajo que se va a solicitar.
- Miedo a no seguir el juego al entrevistador porque puede denegar el empleo, lo que

supone que el entrevistado concibe un chantaje implícito independientemente de que lo haya o no, lo cual, en la mayoría de los casos, es una distorsión.

— Ocupar una posición de «necesitado» al que se le «ha de dar» por lástima, no por reconocimiento de sus valores.

Con relación a las perspectivas de futuro:

— Situaciones depresivas leves actuales porque: «lo veo muy negro».

— Tenerlo condicionado con fantasías a la consecución de objetivos en plazos determinados cuya viabilidad no es segura, que pueden llevar a un fracaso muy probable y con ello a una situación «sin salida».

— Manifestaciones reactivas: «yo no sé por qué no encuentro trabajo si lo busco bien», «es injusto que yo no tenga trabajo con lo que me esfuerzo».

## BIBLIOGRAFÍA

BANDLER, RICHARD y GRINDER, JOHN: *La estructura de la Magia*. Cuatro vientos editorial 1980 (Santiago de Chile).

BLANCH RIBAS, JOSÉ M.<sup>º</sup>: *Desempleo juvenil y salud psicosocial*. Documentos de psicología social. Editado por el área de psicología social de la U.A.B., serie monografías. n.º 2. Bellaterra, 1986.

BERNE, ERIC: *Juegos en que participamos*. Ediciones Diana, S. A. México, 1983.

INEM Publicaciones internas: *Apuntes del seminario productivo de incorporación de promotores de formación e inserción profesional*, 1985. *El INEM y la formación ocupacional*, 1986.

MARTÍNEZ BOUQUET, CARLOS: *Fundamentos para una teoría del psicodrama*. Ediciones Siglo XXI. México, 1977.

MUNTANER, RAMÓN: *Conócete a ti mismo mediante el Análisis Transaccional*. Edición del propio autor distribuida por editorial Herder. Barcelona, 1981.

MORENO, J. L.: *Psicodrama*. Ediciones Home SAE. Buenos Aires, 1978.

PAVLOVSKY, EDUARDO, MARTÍNEZ BOUQUET, CARLOS y MOCCIO, FIDEL: *Psicodrama psicoanalítico en grupos*. Ediciones Fundamentos. Madrid, 1979.

WATZLAWICK, PAUL: *El lenguaje del cambio*. Biblioteca de Psicología, n.º 69. Ediciones Herder. Barcelona, 1983.

WATZLAWICK, PAUL, HELMICK, BEARIN, JANET y D. JACKSON, DON: *Teoría de la comunicación humana*. Biblioteca de Psicología, n.º 100. Ediciones Herder. Barcelona, 1983.

WINNICOTT, D. W.: *Realidad y juego*. Ediciones Gedisa. Barcelona, 1979.

*Aspectos formativos  
del Psicodrama  
en la institución*





---

## SUPUESTOS BÁSICOS EN FORMACIÓN EN PSICODRAMA

---

JOSÉ MARÍA LÓPEZ SÁNCHEZ

Desde su misma gestación, la Asociación Española de Psicodrama ha tenido entre sus preocupaciones más constantes el tema de la Formación en Psicodrama. Hoy encuentra su primera formulación en esta mesa redonda, en la que esperamos que se produzca el concurso de ideas necesario para que el tema pueda ir desplegándose en su intrínseca complejidad, proporcionándonos a todos las bases para una praxis coherente y enriquecedora.

Espero que en el desarrollo de esta mesa redonda seamos capaces de plantearnos las *preguntas* más fructíferas en este campo, formulándonos los interrogantes más llenos de sentido y huyendo de los códigos dogmáticos que cada tendencia doctrinal se procura.

Como cualquier área de pensamiento conectada con la Psicopatología, el Psicodrama (y la Formación en Psicodrama) parecen expuestos a la colonización empobrecedora de muy diversas teorizaciones psicodinámicas, cuyo mérito conjunto (su diversidad) suele quedar oscurecido por la tendencia (humanamente legítima, científicamente discutible) a la rigidez y el dogmatismo doctrinales.

La Formación en Psicodrama parece remitir al proceso de relación interpersonal basado en la transmisión de un saber. Como ello supone la presencia de un emisor-gestor de ese saber y de un receptor-deseante de ese saber, la situación nos obliga a la redefinición

y cuestionamiento de esos dos personajes vivos (cambiantes) que protagonizan un proceso de interacción de límites borrosos.

Ello es así desde que nos preguntamos ¿quién imparte ese saber, y por qué él? ¿quién recibe ese saber, y para qué? ¿cómo se define y delimita ese saber?

Esa inspección del laberinto del proceso de Formación nos revela un *gestor del saber* al que se le ha de suponer una formación previa, bien sea definida en términos de una cualificación *psicoanalítica*, bien sea definida en términos de una experiencia profesional en ese campo. Se supone que el *gestor del saber* lo dosifica, tanto como lo manufactura; lo que implica *sellarlo* personalmente y ubicarlo en una relación transferencial.

El receptor de la formación es, primero, una persona *motivada*; lo que supone un deseo. Esa actitud deseante conforma los mismos límites de la relación; tanto, que el proceso de formación habrá de establecer sus normas para que una *secuencia* realista haga óptima la recepción del saber, lo haga fructífero.

¿Y qué saber es el que se transmite? ¿un código de conocimientos? ¿Un caudal técnico? ¿Una forma de conocer? ¿El saber que se desprende de una *experiencia personal dirigida*?

Quizá debiéramos preguntarnos también

por el carácter *científico* del saber que decimos manejar. ¿Nosotros procuramos que sea la nuestra una tarea *científica*? ¿Y qué es científico? En tanto que saber auténtico, probablemente aquello que se comprueba en la realidad, se verifica y es factible de ser comunicado. La Formación en Psicodrama habría de plantearse, como conveniente, la comunicabilidad de sus tareas y sus objetivos, si el psicodramatista se obliga a tener en cuenta el devenir de campos científicos limítrofes.

Pero ¿formar en Psicodrama no requerirá, previamente, la redefinición de los *objetos* que el Psicodrama reclama como singulares suyos? Desde esa perspectiva, quizá el objeto del psicodrama no sea superponible a los de la Psicología Clínica o la Psiquiatría, porque no querriamos agotar el Psicodrama en el marco de una *técnica auxiliar* en el tratamiento de los trastornos mentales. Como tampoco agotarlo en las temáticas inherentes a la Psicología Social. Como tampoco hacerlo coincidir con la estricta indagación psicoanalítica, aunque sólo sea teniendo en cuenta que los modelos psicodramáticos prestan su utilidad a terapias conductuales o a la Psicología del Aprendizaje. Estaríamos, entonces, a punto de señalar el Psicodrama como un modo singular de conocimiento de los problemas inherentes a las relaciones interpersonales; singularidad dictada por las características de sus procedimientos. Es el riesgo epistemológico que convierte al Psicodrama en una *técnica*. ¿No deberíamos reclamar para el método psicodramático la pro-

riedad de un *objeto* discernido de la relación interpersonal (fantaseada también, no hay que decirlo) aquel que resulta *especialmente dimensionado* (por tanto, profundizado) por el efecto de su dramatización y actuación?

Naturalmente que acabaremos hablando de *técnica*; pero de técnicas accesorias a un *método* aplicado a una zona precisa de una realidad precisa.

Queda referirnos también a la implicación de la Expresión Corporal en la experiencia psicodramática, y consecuentemente a los enfoques que la Formación en Psicodrama puede proponer sobre la misma. ¿La Expresión Corporal será la dinámica obligada de una tarea de *entrenamiento*? Es decir, ¿la Expresión Corporal es para nosotros (los psicodramatistas) una *aptitud* (mensurable, adiestrable)? ¿O ella es el material *primero* a través del cual obervamos, aprendemos o curamos?

Finalmente, la Formación nos obligará en *Psicodrama Infantil* a valorar en cada alumno su singular «capacidad de retorno» al mundo propio de características regresivas que es su propia infancia, evocada allí especialmente.

Algunas de estas cuestiones, si son tratadas ahora por nosotros acertadamente, justificarían, a mi juicio, el interés de la Asociación Española de Psicodrama por la diversidad de temas implícitos en la Formación en Psicodrama. Detrás de todo ello vendrían después las exigencias relativas al carácter de nuestros *programas formativos* y las secuencias de sus contenidos.

AREAS DE SABER { Psicopatología  
Psicosociología  
Psicodinámica  
Psicoterapia  
(para el psicodramatista)

---

# PSICODRAMA FREUDIANO: ANÁLISIS DE LA RELACIÓN CON EL «OTRO»

## Interrogarse respecto a un lugar

---

ROSA MASIP ARGILAGA

La relación es la base de nuestra vida. Cada uno se ve forzado, desde su nacimiento, a confrontarse con los otros. Así se pone en marcha la red de intercambios que constituye el entramado de la vida social.

Es el mismo entramado relacional el que hallamos en un grupo. Cada uno busca en los otros participantes aquello de lo que carece; así, cada uno encuentra en los otros del grupo rasgos relativos a sus otros, ausentes en la sesión. Son demandas de reconocimiento, de amor, o sus contrarios rechazo y odio, las que se juegan en las diferentes escenas. La afectividad que paraliza el deseo, porque el amor siempre conlleva el dar lo que no se tiene o pedir lo que a uno le falta. No me voy a extender sobre el tema de los afectos, sino introducir el tema de la *demanda de formación*.

Hace algunos meses, tuve ocasión de presentar un trabajo sobre la formación, en el Congreso de la Asociación Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo que tuvo lugar en Bilbao. El título ya indicaba algo de lo que voy a exponer hoy: Era bajo forma de interrogación: «¿Formación o cuestión de formaciones?». Hoy no pretendo repetiros el contenido de ese trabajo, sino de tomar otro aspecto del tema.

Quisiera plantear, en Psicodrama, la importancia de la Técnica y de la Teoría. Real-

mente pienso que una no puede ir sin la otra. Por supuesto que ya estoy hablando de «la formación del psicodramatista».

En el diccionario que tenía a mano, el Petit Larousse, busqué la definición de cada uno de estos términos y hallé:

**Técnica:** Conjunto de materias o actividades dedicadas a la aplicación de los conocimientos científicos. Conjunto de procedimientos y métodos de un arte o una profesión.

**Teoría:** Conocimiento especulativo, ideal, independiente de las aplicaciones. Conjunto de reglas... que sirven de base a una ciencia y que dan la explicación de un gran número de hechos.

En Psicodrama Freudiano, las técnicas de la escenificación son la norma, como en psicoanálisis lo es el trabajar con el analizante tendido en un diván. Hay razones fundadas en ambos casos para la adopción de esos métodos. Se trata de aplicar unos conocimientos teóricos para obtener un resultado de ello.

Las técnicas del Psicodrama han tenido y tienen gran aceptación en muchos sectores, desde que MORENO empezó a utilizarlas. En cada uno de esos campos de aplicación, se utilizan de manera más o menos fragmentada, privilegiando algunas técnicas, según el objetivo que se pretenda.

En Psicodrama Freudiano el objetivo es

«el análisis individual efectuado en grupo», cuyos efectos terapéuticos son probados. EUGENNIE y PAUL LEMOINE trabajaron en la teorización del Psicodrama, desde las teorías del psicoanálisis, es decir, partiendo de FREUD y de LACÁN, desde hace más de 25 años.

Actualmente, en España, *Cuadernos de Psicodrama* acoge los trabajos y las investigaciones particulares de los psicodramatistas de las distintas ciudades españolas y del extranjero.

¿Para qué aplicar una técnica si no hubiera un objetivo? Aún más, ¿cómo saber los efectos del psicodrama si no se basara en ningún referente? El psicodrama no es un juego de niños. La técnica sola, sin tener un referente teórico, es un riesgo en psicodrama, como lo sería en medicina dar medicaciones sin tener conocimiento de su composición, sus efectos, sus contraindicaciones, o sin saber cuál es la enfermedad que se trata de aliviar.

Pero también el conocer a fondo una teoría y querer aplicarla desconociendo la técnica que se pretende utilizar, es una empresa por lo menos de omnipotencia o de falta de sentido común.

Es por ello que, en Psicodrama Freudiano, para poder ser psicodramatista hay que pasar por la experiencia de psicoterapia en grupo, olvidándose en un principio de técnica y de teoría.

La demanda de formación es una demanda de un lugar de terapeuta, aunque el demandante crea que lo que busca son unos conocimientos para desempeñarse profesionalmente. Es al otro a quien se dirige, a quien supone poseedor de lo que a él le falta. La respuesta a una tal demanda es incorporarse a un grupo terapéutico, grupo de base, es decir, un espacio para cuestionar su relación con los otros.

Sólo así, la técnica es vivenciada como la ocasión de subrayar la escucha del discurso inconsciente para cada sujeto y en cada sesión y no como la técnica *milagro* que puede producir efectos terapéuticos en cualquier encuadre, momento o lugar en que se practique.

El grupo terapéutico es un espacio grupal imaginario, que favorece las identificaciones que están en la base de la elección de los antagonistas para cada escena. Identificaciones

que se ven desenmascaradas por el juego, como lo vemos en el caso de Irene que, como ilustración, os voy a presentar.

Irene vive en Barcelona, pero nació en un país extranjero. Allí viven sus padres. En el grupo hace constantemente alusión a ellos, con frases como «no me aceptan», «quieren controlarme», «me agobian con sus cartas de reproche». Irene no soporta que le hagan notar que es extranjera. Por ello se esfuerza en hablar el idioma catalán, incluso en el grupo, aunque tiene dificultades para expresarse espontáneamente en este idioma.

Un día llega diciendo sentirse ya angustiada por tener que *enfrentarse* a sus padres, en ocasión del próximo viaje a su país durante el verano. Recuerda que, hace 2 años ellos vinieron a visitarla y fue muy mal. En aquella ocasión ella le había pedido a su compañera de piso que pudieran estar con ellas cuando vinieran. Ahora, Irene no se atreve a hablar con su amiga de lo que su madre le ha escrito: «dice tu padre que para qué vas a venir si te marcharás enseguida». A la amiga sólo le comenta que ha reservado los billetes para irse allí de vacaciones. Le propongo escenificar este momento.

Al levantarse recuerda que estaba Alberto, el novio de la amiga, y dice: «siempre está allí». Elige para ese rol a X, del que dirá: «es guapo, me gusta, es como yo».

En el momento de escenificar, confunde la escena con la que le pidió a su amiga que sus padres estuvieran en el piso cuando vinieron hace 2 años. Dice sorprendida «estoy en el pasado». En el lugar de la amiga, oyendo a Irene, comenta en soliloquio: «rechaza a sus padres». Respecto de Antonio, el novio de la amiga, dirá: «es vulgar como mi padre», «bebían juntos cuando los padres vinieron» y añadirá que ella los odiaba, se iba, rechazaba a sus padres.

Es tras la escenificación y a partir de las asociaciones de los participantes en el grupo, que Irene recuerda que de pequeña «se avergonzaba de sus padres». Eran «vulgares», «vivían en un barrio de emigrantes pobres». Nos habla de cómo ella contaba cosas inventadas a sus compañeras de colegio y nunca dejaba que la acompañaran a su casa. Dijo: «siempre fui clasista», «he rechazado siempre a mis padres». Hasta ese día, Irene se

mostraba ofendida con la gente que era *racista*.

Irene no sabía que lo que ella veía en los demás era el reflejo de lo que ella se ocultaba. La escenificación le permitió hallar su rechazo y su identificación con los padres. Sentirse «vulgar» era el rasgo que ella ocultaba y que por eso mismo conservaba en su inconsciente como algo preciado. Pedía reconocimiento y obtuvo como respuesta la posibilidad de reconocer ese rasgo, descubrirlo con la escenificación. Eso la enfrenta no ya con sus padres, sino con su historia. Es una forma de dejar en el pasado los recuerdos de su niñez. Repitiendo constantemente su queja permanecía «en el pasado» como ella misma se sorprendió en la escena. Se trataba de «perder» su lugar de «niña avergonzada de sus padres» ante sus amigas.

El acceso a un grupo de 2.º grado, o de formación, se hace por medio de un nuevo paso. Una nueva demanda expresada como efecto del trabajo realizado en el grupo terapéutico. Esa es una «demanda edípica», es un decir: «quiero ser como tú». La labor que el demandante hará en ese nuevo grupo, que continúa siendo terapéutico, tiene que ver con el saber a quien dirige sus demandas de reconocimiento, de quien espera un lugar. En el grupo de formación, cada uno puede elegir, al inicio de la sesión, el lugar que quiere ocupar: *director, observador, paciente*. Esa elección no es sin consecuencias. Al final de la sesión se elaboran las dificultades surgidas, se van analizando los puntos *ciegos* con los que cada uno se encuentra en el lugar de terapeuta.

Incluso cuando ya se tiene experiencia de psicodramatista, esa tarea de análisis de las dificultades que cada uno encuentra en su práctica es indispensable. El grupo de 3.º nivel o de intercontrol es el soporte de ese nuevo paso en la formación que, para nada, com-

porta períodos prefijados. Cada uno de los grupos son espacios abiertos. Los participantes entran y salen de ellos en función de sus demandas y de sus deseos. Este grupo de 3.º nivel, es en el que más claramente va siendo analizado el deseo de ser psicoterapeuta, es decir, el deseo de analizar. Es una ética la que está en juego: que el inconsciente pueda liberarse de sus fijaciones imaginarias o como LACAN nos dice: «que el inconsciente gane sobre el terreno del síntoma». En este sentido no podemos hablar de «la formación de psicodramatista» como algo que valdría como un título a poseer, como el uniforme con el que vestirse para poder ser igual que los otros; sino una constante puesta en cuestión de «las formaciones inconscientes»; siendo esta una tarea individual, particular e intransferible.

Más generalmente, podríamos decir que, siguiendo este proceso formativo, el psicodrama es una vía de análisis de la relación, más allá de la profesión que los participantes estén desempeñando.

En este sentido, cualquier proceso formativo relativo a profesiones cuya base sea la relación con los otros: educadores especializados, maestros, asistentes sociales, A.T.S., médicos, psicólogos, etc., hallarán en el trabajo psicodramático, efectuado con una escucha psicoanalítica, la vía para ir cuestionando, desde su elección, es decir, en las propias escuelas o universidades donde estén efectuando sus estudios, y después, una *formación* complementaria de su vida. Un tal cuestionamiento permite un acceso a la profesión a partir del deseo propio y no como la manera de asumir unos ideales identificatorios socialmente reconocidos.

Esa es la apuesta del psicodrama freudiano: poner en juego el cuerpo para que pueda ser descubierto en su función simbólica, es decir, atravesado por las palabras.



---

# EXPERIENCIA EN FORMACIÓN GRUPAL DEL EQUIPO DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE REHABILITACIÓN DE TOXICÓMANOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

## Metodología de los grupos I.T.G.P.

---

ELISA LÓPEZ BARBERA  
*Psicólogo clínico. Asistente social*

AMELIA CORDERO  
*Médico psiquiatra*

FRANCISCO DELGADO  
*Psicólogo clínico*

JOSÉ DÍAZ  
*Médico psiquiatra*

### INTRODUCCIÓN

#### La demanda institucional de formación

En el mes de febrero del presente año los responsables del Plan de Drogas de la Comunidad de Madrid se pusieron en contacto con nuestro Instituto explicándonos que querían ofrecer a la totalidad del equipo de la Comunidad Terapéutica de Rehabilitación de Toxicómanos de Villaviciosa de Odón (Madrid), una formación teórico-práctica dirigida a un adiestramiento en el manejo de grupos. El equipo lo formaban 16 profesionales (médicos, psicólogos, A.T.S., terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, etc...) con poca o ninguna formación en técnicas de grupo: algunos habían tenido alguna experiencia aislada en psicoterapia de grupo, y la mayor parte ninguna.

La petición, pues, no consistió en una formación integral en psicoterapia o dinámica de grupos, sino en una primera sensibilización y adiestramiento en los fenómenos grupales y en las técnicas de exploración y manejo de grupos.

Nuestro Instituto, que tiene una ya larga experiencia en formación de profesionales de la salud mental (formación integral y completa a lo largo de tres ciclos hasta la capacitación como psicoterapeutas de grupo desde

la perspectiva del psicodrama), y que ha intervenido en actuaciones puntuales en la demanda de diversas instituciones (formación teórica en dinámica de grupos a Asistentes Sociales de la Comunidad de Madrid, grupos de psicodrama para padres de hijos deficientes, y para adolescentes deficientes, seminarios de psicodrama en hospitales psiquiátricos, etc...), ante esta demanda tuvo que crear un nuevo diseño de formación en grupos, que no era ni una petición de formación integral de monitores de grupo, ni una intervención puntual, terapéutica, con algún grupo institucional o privado. La demanda se situaba justamente en un punto intermedio entre una mera sensibilización a los fenómenos grupales, y una formación completa como monitores de grupo.

Estaba, finalmente, como importante interrogante qué actitud tenía el equipo de la Comunidad Terapéutica ante el ofrecimiento hecho por sus superiores jerárquicos de la Comunidad de Madrid.

#### El contrato de formación. Características

Nuestro diseño de formación fue resumidamente el siguiente: el equipo tendría una formación experiencial y teórica en grupos, en sesiones semanales de dos horas, a lo largo como mínimo de nueve meses.

Por razones prácticas (de tiempo de traslado a Madrid, de organización del equipo, guardias, horarios, etc...), se convino en tener sesiones quincenales de cuatro horas de duración, siendo las tres primeras horas dedicadas a la experiencia, y la cuarta hora a la formación teórica. El grupo se concibió como un grupo básicamente didáctico, no terapéutico, en el que se trabajaría experiencialmente con los procesos dinámicos y temáticas de relación intragrupal y extragrupal del propio equipo, y no con el material individual biográfico como en los grupos terapéuticos. Así pues las sesiones experienciales estarían centradas en la dinámica del grupo, utilizando los monitores eventualmente también técnicas activas, ejercicios de comunicación no verbal, sociogramas, esculturas, escenificaciones... y dando un papel más importante entre las activas a la técnica del role-playing.

El objetivo de formación pues, quedó definido como un curso inicial de formación en dinámica de grupo y técnicas activas, prioritariamente experiencial y completado con la formación teórica que en el apartado posterior de metodología describiremos detalladamente.

### El grupo

**Composición.** El grupo está constituido por *16 miembros, 5 hombres y 11 mujeres* de edades comprendidas entre los *21 y los 35 años*.

*Uno* de ellos es *médico general*, y director de la Comunidad Terapéutica. *10* (3 hombres y 7 mujeres) son *A.T.S.* y definidos como educadores por la Institución. *2 miembros* más son *psicólogos*, su misión consiste en hacer psicoterapia así como discusiones en grupo con los toxicómanos. Hay además *una asistente social* que resuelve los problemas que surgen con los familiares de los toxicómanos y contacta con los centros de seguimiento, *una terapeuta ocupacional* encargada de la labor-terapia y *un monitor* encargado de las labores de jardinería.

La media de asistencia a las sesiones es de 12 personas, dado que por necesidades del Centro es preciso que siempre permanezcan en él 3 ó 4 personas. En todas las sesiones estuvo presente el director de la Comunidad.

Este último es el único lazo de unión que existe entre la Comunidad y la Institución, a la que informa sobre el trabajo realizado y las necesidades que surgen dentro de la Comunidad Terapéutica.

### Historia del grupo

Algunos de los miembros (médico, 2 psicólogas y 1 ATS) estaban relacionados entre ellos antes de la formación del grupo, a través de trabajos anteriores con toxicómanos. Estos 4 miembros propusieron a la Institución la formación de una Comunidad Terapéutica, propuesta que fue aceptada cediendo la Consejería los locales para su constitución en el término municipal de Cercedilla en octubre de 1985. Posteriormente, y de forma paulatina, fueron contratándose el resto de los miembros del grupo hasta su configuración actual. La mayoría de éstos carecía de experiencia y otros sin experiencia en este tema. Había por tanto dos subgrupos; uno con experiencia y otro sin experiencia en trabajo con toxicómanos; pero ninguno de ellos había trabajado nunca en una Comunidad Terapéutica.

En sus comienzos gran parte del esfuerzo del grupo, aún no totalmente constituido, estaba encaminado a resolver problemas ajenos a la tarea encomendada, tales como conseguir una adecuada habitabilidad del Centro, lo que suponía la presencia de obreros que dificultaban el normal desempeño del trabajo.

Al cabo de unos meses fueron trasladados al término municipal de Villaviciosa de Odón, donde continúan ubicados, y donde se repitió la misma situación y además hubieron de enfrentarse a los problemas que planteaba el municipio, que rechazó la idea de convivir con los toxicómanos.

La labor del grupo consiste en organizar una Comunidad Terapéutica que facilite la posterior reinserción social de un número de toxicómanos limitado. Los toxicómanos llegan a ellos desintoxicados. La Institución da tres normas a respetar por el grupo: el ingreso no sobrepasará los 6 meses de duración, el consumo de droga y la agresión física supondrán la expulsión definitiva del Centro del toxicómano.

Las labores concretas a realizar por cada



uno de los miembros del grupo quedan por definir y es función de ellos tanto definir las como organizarlas.

Cuando llegaron a nosotros, prácticamente ninguno de los miembros del grupo había tenido contacto previo con ningún tipo de Psicoterapia. No habían sido informados sobre la finalidad de nuestro trabajo y manifestaban una actitud ambivalente: en parte era rechazado por ser vivido como una obligación y en parte era aceptado por las posibilidades de ayuda que, suponían, podría aportarles en su labor.

Durante el tiempo que llevan en formación ha habido cambios en la composición del grupo; uno de ellos fue trasladado a otro Centro, otro abandonó voluntariamente el trabajo y un último ha sido recientemente contratado.

### El equipo formativo

El equipo formativo está constituido por 2 *parejas de monitores* encargados de coordinar al grupo en el *área experiencial*; una de las parejas trabajó con el grupo durante la primera mitad del tiempo dedicado a la formación (4 meses) y la otra lo hará durante la segunda mitad del tiempo.

Ambas parejas están constituidas por un psicólogo y un psiquiatra. En los dos casos uno de los miembros de la pareja tenía más experiencia que el otro en el campo de la Psicoterapia Grupal teniendo el mismo marco teórico-práctico referencial en torno al Psicodrama, habían tenido contacto previo con toxicómanos en el ejercicio de sus profesiones.

En todas las sesiones estuvo presente la figura de un observador silencioso que recogía toda la información e incidencias ocurridas durante el transcurso de la sesión y que participaba en el posterior comentario de los monitores del grupo.

En este área experiencial se trabajaron los problemas planteados en el Grupo en todo lo referente a la actividad laboral evitando la implicación personal de los miembros y la indagación en la biografía del sujeto, ya que esto habría ido en contra de los objetivos de nuestro trabajo.

Formaban parte igualmente del equipo formativo un número de psiquiatras y psicólogos encargados de impartir clases teóricas

que aportaran al grupo los conceptos fundamentales manejados en Dinámica de Grupos, Psicodrama, Role-Playing, Grupos de tarea así como las técnicas principales a utilizar en cada caso.

### METODOLOGÍA DE LOS GRUPOS I.T.G.P.

La creación de una metodología de trabajo, denominada Grupos I.T.G.P., se plasma ante una petición Institucional formulada de manera indefinida no tanto en los objetivos deseados como en los medios para su logro.

Desde este planteamiento la petición sobre nuestra intervención profesional fue expresada como «formar en técnicas de grupo a una serie de profesionales de la salud mental, porque se requiere eficacia en la tarea que están comenzando a realizar».

Esta situación, bajo la iniciativa y la sugerencia del doctor P. Población, nos llevó a consolidar en un sistema específico de trabajo grupal las demandas que veníamos observando desde hacía varios años, sobre ciertos colectivos que deseaban o necesitaban una formación grupal que no fuera exclusivamente la de las disciplinas que detallamos:

— Ni en *Grupos de tarea*: según el concepto de P. Rivière del proceso de aprendizaje de realización de una tarea.

— Ni en *Dinámica de grupos*: en el sentido del aprendizaje y manejo de los relaciones interpersonales.

— Ni en *Psicoterapia grupal*: cuyo objetivo sería la *curación* del sujeto en el grupo.

— Ni en *grupos específicos de Role-playing*: en los que se trabaja en la resolución de situaciones conflictivas y el entrenamiento de determinadas habilidades.

En nuestra experiencia observamos la existencia de un común denominador en estas demandas: la formación y el aprendizaje del grupo en una doble vertiente:

— Aprender a realizar los objetivos de la tarea específica (eficacia grupal).

— La consecución de un grupo con capacidad de manejar adecuadamente las situaciones intragrupal y profesionales que pudieran presentarse (eficiencia grupal).

Partiendo de este sustrato y con la base de nuestro bagaje de formación teórico-técnica en grupos, surge la sistematización de los Grupos I.T.G.P.

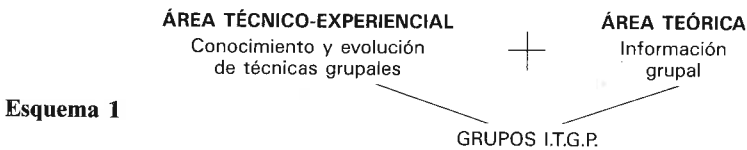
Así nos lo planteamos como un grupo con una tarea a realizar en el que se utilizan las metodologías y técnicas de la Dinámica de Grupos, el Role-Playing y las dramatizaciones grupales imaginarias. La tarea implica un doble vertiente que incluye al grupo como unidad de tratamiento:

- El tratamiento de grupos pertenecientes a una institución (un grupo de empresa, un grupo de maestros, un grupo hospitalario, etc.).
- La formación y el entrenamiento del grupo para realizar una tarea concreta.

El primer apartado subraya la importancia de la relación intragrupal, y de la relación del grupo con la institución, a la que pertenece, como dos aspectos básicos para la creación de la Identidad Grupal. A partir de este punto se puede abordar el entrenamiento en técnicas grupales que serán utilizadas para:

- El esfuerzo de dicha identidad, en cuanto al manejo intragrupal, y al de la relación con la Institución.
- La aplicación de las técnicas grupales para conseguir el objetivo a realizar: aprender a trabajar con el grupo de toxicómanos.

Para ello dividimos el aprendizaje en dos áreas. (Esquema 1).



- Para qué sirve una experiencia en las relaciones humanas. El nacimiento de un grupo.
- Distintos enfoques sobre grupos: escuelas, teorías, técnicas, metodologías.

En el área técnico-experiencial hacemos incapié en la evolución grupal y utilizamos:

- Dinámica de grupos para el análisis y la facilitación de las relaciones interpersonales.
- Técnica de Role-Playing como abordaje de las situaciones subgrupales y/o individuales que incidan en la totalidad grupal y en la consecución de la tarea, así como el entrenamiento de nuevas situaciones más constructivas y productivas.

— Dramatizaciones grupales imaginarias, atención a los contenidos grupales relacionados con situaciones no resueltas y/o temidas, sobre el vínculo del grupo con la institución y de los aspectos fantaseados en la consecución de la tarea.

De esta manera, utilizando las distintas técnicas planteadas, atendemos simultáneamente a los niveles grupales presentes (tabla 1).

Con respecto al Área teórica, la información y el aprendizaje lo estructuramos de tal manera que la teoría encuentre un soporte experiencial y viceversa, que la experiencia grupal encuentre un soporte teórico.

Aunque el planteamiento teórico se adapta a cada grupo, según sus exigencias, necesidades, conocimientos, etc., estructuramos la teoría en tres bloques consecutivos.

**Primer bloque:** General para cualquier tipo de grupo, introdutorio a las técnicas de grupo. Cuenta con tres áreas básicas:

- Las etapas en el proceso de desarrollo grupal. Análisis evolutivo desde distintos encuadres: psicodramático, dinámica de grupos, psicoanalítico.

Tabla 1

NIVELES	TÉCNICAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Relacional</li> <li>— Abordaje y esclarecimiento de situaciones reales planteadas en el grupo</li> <li>— Nivel de fantasía grupal (escenas temidas, situaciones fantaseadas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Dinámica de grupos</li> <li>— Role-Playing</li> <li>— Dramatizaciones grupales imaginarias</li> </ul>

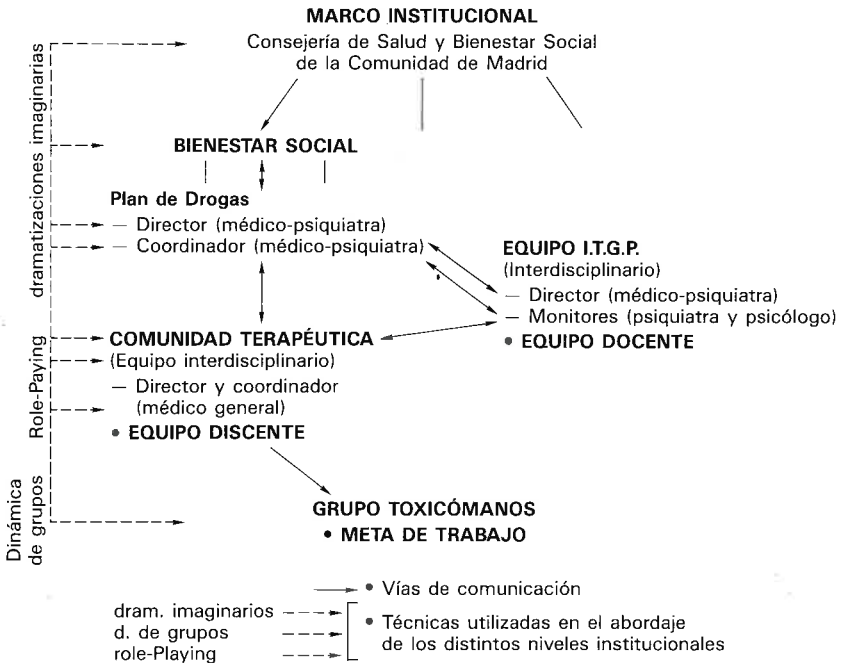
**Segundo bloque:** General para cualquier grupo, de *Introducción a las técnicas activas*. Cuenta con cuatro áreas básicas:

- La acción en los grupos. Importancia de la acción y técnicas basadas en la misma: psicodrama, bioenergética, gestalt, T.F.
- El Psicodrama y Elementos del Psicodrama: escenario protagonista, etc.
- Los roles en Psicodrama.
- Técnicas activas: Role-Playing, espejo, doble, soliloquio, esculturas, juegos, etc.

**Tercer bloque:** Específico para cada grupo sobre *Temas Monográficos*, de interés grupal en función de la tarea a realizar. En el trabajo que nos ocupa se presentan los temas de:

- Trabajo con familias.
- Técnicas de relajación.
- Trabajo grupal con drogadictos y entrenamiento.

Volviendo a nuestra relación con esta Institución, observamos una vez más que los objetivos de la tarea a realizar se planteaban de forma ambigua; así pues, nuestro primer paso fue la reformación clara y precisa de los objetivos. En segundo lugar, recurrimos a la delimitación del marco Institucional para relacionarlo con nuestro enfoque metodológico, teórico y de intervención quedando como puede observarse en el esquema 2.



Esquema 2

**RESULTADOS PROVISIONALES DE LA EXPERIENCIA**

Cuando escribimos esta comunicación, el grupo lleva 4 meses de trabajo (los meses de abril, mayo, junio y octubre, con 3 meses de descanso por vacaciones), quedando otros cuatro, con la misma frecuencia de sesiones quincenales de 4 horas.

La actitud inicial del grupo ante la experiencia pasó rápidamente de una manifiesta

y razonable actitud ambivalente frente a la tarea, a una abierta colaboración.

Las frecuentes expresiones de que sus reuniones de trabajo eran más eficaces desde que había comenzado el grupo, de la existencia de una mejor organización de horarios, tareas, informes, etc., no se percibía tanta ansiedad en el ambiente, siendo ellos mismos los que atribuían estos cambios a su experiencia de formación, nos han confirmado la validez de la tarea.

Desde el punto de vista dinámico, el grupo tal como se nos presentó tenía todas las características de un grupo muy regresivo, sin apenas estructura organizativa (al médico que tenía el cargo de director le costaba enormemente resumir algún tema de autoridad); todos sus miembros fusionados *como una piña* en su propia expresión, frente a las dificultades exteriores (la oposición del ayuntamiento de la localidad a que se abriera un centro de rehabilitación de drogodependientes fue la más importante) y negando en esa etapa cualquier dificultad de comunicación ante ellos a través de lo que denominamos un *pacto de no agresión*, no explicitado. El grupo *resolvía* inconscientemente el tema de la agresividad por una parte dirigiéndolo hacia los *perseguidores exteriores* (la propia administración, los *políticos*, los padres de los drogadictos...), y por otra, *expulsando* intermitentemente a algún miembro del equipo (durante los tres primeros meses salieron del equipo dos personas).

Frente a los toxicómanos, en esta primera etapa la actitud del equipo era generalizadamente sobreprotectora, por tanto insegura, ansiosa y reprimiendo la propia agresividad.

La asistencia a un congreso sobre Comunidades Terapéuticas y un ejercicio grupal en el que el grupo se dividió primitivamente en dos subgrupos, hombres y mujeres, inició la etapa de búsqueda de la propia identidad,

tanto grupal (interesándose por *abrir las ventanas* y ver a otros grupos similares), como individual a través de las preguntas: ¿Cuál es mi papel en la Comunidad? ¿Qué hago yo aquí?, etc.

Frente a la confusión y ambivalencia ante las normas establecidas que rigen el funcionamiento de la primera etapa, el grupo evolucionó hacia una actitud más activa, haciendo un informe y proyecto alternativo que silenció las críticas de sus superiores, ganándose un voto de confianza.

Quedan pendientes de una mayor maduración del grupo, temas como la capacidad de elaborar duelos tanto por miembros del grupo que dejan el equipo, como por los pacientes ingresados dados de alta; un menor temor de autodestrucción del propio grupo que les permitiría una comunicación más espontánea y auténtica en sus relaciones interpersonales, facilitaría la expresión de emociones que en la actualidad están bloqueadas como celos, competitividad, agresión, atracción sexual, etc.

Creemos que una etapa fundacional está sustituyendo, utilizando nuestra terminología psicodramática, a una etapa caótica.

De momento, una actitud grupal honesta y sincera consigo misma está permitiendo este trabajo, posiblemente necesario para un sano funcionamiento de una Comunidad Terapéutica con pacientes en general tan difíciles como los adolescentes toxicómanos.

---

## ASPECTOS FORMATIVOS DEL PSICODRAMA EN LA INSTITUCIÓN

---

RUTH TARQUINI

He trabajado coordinando grupos de formación en psicodrama en instituciones psiquiátricas en condiciones muy diferentes: formando parte de la institución dentro del equipo terapéutico, contratada sólo para esa tarea de formación, y propuesta por la institución para tal tarea pagando individualmente cada profesional su formación.

Cuando formamos en psicodrama dentro de instituciones psiquiátricas donde las ansiedades y las transferencias son psicóticas, debemos crear un ámbito diferenciado dentro de la misma institución para establecer un espacio protegido donde la tarea pueda realizarse.

La persona que entra en el grupo, no sólo va a aprender una técnica, un procedimiento de trabajo, sino que también deberá cuestionarse su identidad profesional que en parte está constituida por las expectativas que la institución ha puesto en él y por el lugar que ocupa dentro de la misma. No se puede remover al profesional sin que se remueva indirectamente la institución. Esto lleva a la necesidad de un encuadre de trabajo que garantice la separación entre los contextos institucional y grupal que permite crear un espacio con una distancia óptima para simbolizar.

La característica del contexto grupal es que es un grupo preformado en el espacio ins-

titucional, los roles son sociodramáticos y están inmersos en la problemática institucional. Una primera diferenciación es que el grupo actualiza la historia congelada de la institución al construir su propia historia grupal a través de la dramatización de las diferentes identificaciones profesionales.

En el contexto grupal se actualizan escenas institucionales y se reproduce en su seno el conflicto que existe en la institución.

En un grupo de formación una persona verbalizó que se sentía molesta (persecución) porque el lugar donde trabajábamos le recordaba un época conflictiva donde se habían realizado muchas asambleas. La escena *congelada* de la institución al actualizarse en el grupo hace que éste retome esa dimensión histórica y la inscriba en su propia historia. En la misma sesión una persona habló de la persecución que tendrían si hicieran psicodrama; se recordó una historia que se había querido evitar. En otro hospital el grupo tenía que habitar y estructurar un espacio que no se utilizaba y que tenía la forma de un *laberinto*, una de las demandas de formación era cómo estructurar el espacio para trabajar con psicodrama, el espacio nuevo coincidía con una nueva situación institucional que consistía en haber separado los pacientes agudos de los crónicos.

Otro grupo había elegido para su forma-

ción un gimnasio, espacio físico que no les pertenecía, ya que el lugar estaba identificado con otro tipo de tarea, buscando así un reconocimiento por parte de la institución.

El grupo de psicodrama al utilizar un espacio dramático y simbólico crea una nueva manera de elaborar el espacio institucional, estableciendo un corte, una separación en la simbiosis institucional a partir del momento en que cada persona es diferenciada y nombrada como tal.

El grupo repite la escena institucional pero la transforma, se trata de elaborar una persecución, o un reconocimiento, o un duelo de las carencias institucionales, ya que, si no se elabora, es más fácil atacar-pelearse (o erotizarse) que reconocer fracasos y carencias.

En el contexto dramático se trabaja el rol profesional, en su carácter propio, el de cada persona concreta; el rol recorre un camino desde la institución al escenario y desde el grupo vuelve a la institución, se produce entonces una individuación a través de la inversión dramática, se asume la parte del rol que estaba disociada.

El grupo posibilita nuevas formas para trabajar los contenidos institucionales y a través del grupo se tiene una marca social, a veces el comienzo para salir del magma institucional. Articular la grupalidad interna con la escena institucional a través del juego de roles es uno de los objetivos de la tarea. Buscar representaciones que sean significantes de esta articulación es tarea del protagonista y del contexto grupal. Y es posible una vez que se han diferenciado los contextos. Si el rol profesional no está articulado puede sentirse que la tarea asignada le es ajena o sentirse como un represor. No olvidemos que las instituciones son la defensa que tiene la sociedad para contener las ansiedades psicóticas y preservar el orden.

Para que una institución evolucione, acepte o incorpore nuevas ideas es necesaria una formación permanente en sus profesionales, esto aumentará la capacidad para tolerar y comprender a sus miembros enfermos. El malestar que verbalizan algunos profesionales habla de la necesidad de establecer espacios de formación donde se elabore este sentimiento

de inadecuación. El cansancio y agotamiento que los caracteriza nos hace pensar que están luchando contra un enemigo imaginario.

La formación en psicodrama por su mismo encuadre de trabajo permite la representación de escenas y el juego de roles, dotando al grupo y al profesional de un instrumento valioso de transformación simbólica, re-ubicando el rol profesional y articulando la identidad personal al rol profesional.

Distingo tres niveles de formación:

1. Formar con psicodrama: se trabaja el rol profesional ya existente, sus escenas conflictivas y las ansiedades concomitantes; los aspectos latentes del rol, identificaciones e identidad profesional.

2. Formar en psicodrama: el aprendizaje de la teoría y de la técnica psicodramática donde se enmarca un nuevo rol; el psicodramatista. Comprende una teoría de la escena, una clínica del vínculo y un tratamiento del rol.

3. Formar en psicodrama con psicodrama: abarca la supervisión del psicodramatista con un encuadre psicodramático articulando teoría y técnica.

Acerca de la formación en psicodrama y la necesidad de diferenciarla de otras ofertas de formación que incluyen psicodrama.

A veces se incluye el psicodrama en programas de formación donde se proclama el pasaje al acto, en las terapias actuativas y activas.

Hay que insistir en la tarea de teorización del psicodrama por psicodramatistas con formación clínica para evitar la instrumentación salvaje del mismo por personas que no tienen formación en psicodrama. Para diferenciar cada vez con más claridad, qué es y qué no es psicodrama. Si bien hay terapias que promueven la actuación y el pasaje al acto y que pueden ser marcos resguardados y protegidos para el paciente en cuestión, no es el caso del psicodrama. El psicodrama permite la actualización que no es lo mismo que la actuación. Es lamentable que el psicodrama figure en esos programas de formación como una técnica más dentro de un encuadre que no es psicodramático.

*Comunicaciones  
libres*





---

## EXPERIENCIAS PSICODRAMÁTICAS EN DISTINTOS MARCOS INSTITUCIONALES

---

MARA SÁNCHEZ MUR y J. L. MORENO CHAPARRO

(Miembros Fundadores del ICEPP)

*«Yo soy yo y mis circunstancias  
y si no las salvo a ellas no me salvo yo».*

J. ORTEGA Y GASSET

Intentaremos señalar brevemente la experiencia recogida durante siete años por el Instituto Castellano de Evolución Personal y Psicoterapia en sus intervenciones en distintos marcos institucionales. El ICEPP se constituyó como un colectivo interdisciplinario para el empleo de las técnicas de grupo, en sus diferentes aspectos, con los objetivos de la evolución y desarrollo integral de la personalidad y la terapia de los trastornos de la relación interpersonal. Preferentemente se planteó el empleo del Psicodrama como técnica de trabajo. En su inicio estaba constituido por seis profesionales: dos de ellos con formación fundamental en psicodrama triádico, con la concepción de A. A. SCHUTZENBERGER, complementado por técnicas y formaciones diferentes, Análisis Transaccional, Gestalt, Terapia de Familia, etc. Otros dos profesionales del grupo habían realizado formación en Psicoterapia de Grupo y Psicodrama de orientación analítica, que uno de ellos había complementado con formación en Bioenergética y el otro con formación en Psicodrama en la línea teórica de los LEMOINE. Un quinto profesional tenía formación y orientación básicamente conductista y abandonó el colectivo con una relativa rapidez, tanto por diferencias de enfoque como por condiciones de tipo personal-profesional. El último miembro tenía una formación analítica-lacaniana

y con relativa proximidad en las fechas abandonó también el grupo, pudiendo aducirse la dificultad de admitir su rigidez metodológica. El grupo constituido por los cuatro miembros restantes, a lo largo del trabajo llegamos a una puesta en común de nuestras posiciones teóricas y a la obtención de una forma de actuar aceptada por todos.

Recogemos en esta comunicación las experiencias obtenidas a través del trabajo con Psicodrama grupal en seis marcos institucionales diferentes. Si bien es cierto que el quehacer profesional básico del colectivo es la Psicoterapia, eludimos incluir este aspecto dado que, realmente, no hay una Institución a la que hacer referencia.

Por una cuestión metodológica, iremos citando los diferentes marcos institucionales, de donde partió la demanda, qué actitudes se plantearon, qué nivel de participación, cómo afectaron las cuestiones personales e institucionales al desarrollo de la experiencia y cuáles fueron los resultados.

**1.º Marco institucional: Orden religiosa, masculina, dedicada a la asistencia de enfermos.**

La demanda surgió de la propia Orden que se planteó la necesidad de que algunos de sus miembros tuvieran una vivencia de Grupos al objeto de mejorar y conocer las pautas

de relación interpersonal. La técnica demandada y aceptada consistió en un Grupo Marathon de unas 25 h de duración. En el resultado de nuestra evaluación posterior se constató que la Institución, bajo la demanda anterior, ocultaba otra: el *tratamiento* psicoterapéutico de los participantes, seleccionados entre los más jóvenes y *rebeldes*. Lógicamente, los participantes recibieron la técnica con una carga de hostilidad. El centrar el trabajo del Grupo sobre los modelos de Autoridad y sobre el Análisis Institucional hizo variar substancialmente la respuesta de los participantes. Durante la experiencia se constató que el rol profesional de los monitores (especialmente el del médico) provocaba en ellos una actitud defensiva relacionada con su dificultad de desempeñar el propio rol profesional en su quehacer. Téngase en cuenta que ellos ejercían labores de Auxiliar o Ayudante de Médicos. Por otro lado, la propia técnica psicodramática fue objeto de rechazo en tanto en cuanto había sido utilizada, dentro de la Institución en que ellos trabajaban, por profesionales. Además, dichos profesionales habían excluido específicamente a este estamento de las sesiones psicodramáticas. El hecho de que durante la experiencia se les permitiera, en cuanto Grupo, dirigir el desarrollo de la misma (como por otra parte es obvio), les permitió erigirse en creadores de roles, colocarse al mismo nivel que la Institución e identificarse el rol-Médico como un rol sociodramático ajeno al rol personal de cada uno de los médicos; igualmente les ocurrió con otros roles institucionales como el de Jefe de Estudios, Superior, etc. Por otro lado, a pesar de que la relación entre los distintos componentes era muy aceptable, a través de los intercambios de roles, espejo, sharing, se produjeron una serie de *encuentros* en el sentido moreniano, valorados como positivos. No dejaremos de constatar la ausencia de implicaciones y problemática personales, que en ningún momento surgieron.

Si bien la evaluación final fue muy positiva por parte de los participantes, algo menos por parte de los psicodramatistas, y que la Institución había planteado el Grupo como una experiencia con tendencia a la repetición, ésta no tuvo lugar. A nuestro juicio, la técnica

psicodramática les permitió un *entrenamiento* en ciertos roles que a su vez les permitió un enfrentamiento con la Institución. Ésta, al no ver cubierta su demanda implícita de *tratamiento*, se abstuvo de reiterar la demanda explícita de *formación*.

## 2.º Marco institucional: La Universidad. Facultad de Medicina

La demanda institucional consistió en que uno de los miembros del ICEPP diera una lección teórico-práctica sobre la relación médico-paciente. La libertad de actuación concedida hizo que se decidiera la utilización de un juego de roles. No obstante se adoptó una situación grupal, sillas en corro, etc., y el caldeamiento prácticamente constituía una breve sesión de Grupo. A continuación se realizaba un juego de roles sobre una consulta médica y desde ahí se realizaba un análisis de los aspectos señalados. La experiencia se realizó durante cuatro años.

Prácticamente siempre los alumnos presentaban previamente una actitud de rechazo hacia el rol-Profesor, lo que obligaba a identificarse en el rol-Psicodramatista, disminuyendo entonces las resistencias y obteniéndose en el cien por cien de los casos (recordamos que se realizaron más de cincuenta sesiones) la participación en la técnica. Llamaremos la atención sobre el hecho de que tanto en las dramatizaciones como en los comentarios grupales, surgían dos Instituciones: la Seguridad Social y la Universidad. Mientras la primera era vivida como dificultadora de un rol-Médico en el que la relación médico-paciente era vivida en su plena intensidad, la Universidad se vivenciaba como insuficiente en la delimitación e informaciones para llenar de contenidos y ejercer el rol-Médico. Curiosamente, a pesar de que en determinadas ocasiones se evidenciaba la relación entre comportamientos observados en la dramatización y aspectos y dificultades personales, prácticamente nunca este tema era valorado. Quizás ello tiene que ver con la tendencia a la racionalización de fracasos e insuficiencias que se detecta en ciertos profesionales inmersos en algunas Instituciones. Los resultados obtenidos pueden considerarse como ampliamente satisfactorios, llegando a ser considerados por los alumnos como una

de las mejores clases prácticas impartidas en la Facultad. A pesar de ello la Institución, que adoptaba una determinada actitud hacia las técnicas psicodramáticas, prefirió ver un éxito personal del psicodramatista, para no tener que aceptar una posición teórica hacia el Psicodrama distinta de la que le era propia.

### 3.º Marco institucional: Instituto de Ciencias de la Educación.

La demanda procedía de un claustro de profesores de un Centro de Formación Profesional y consistía en la realización de un curso teórico-práctico sobre la aplicación de las técnicas Grupales a la labor pedagógica. El curso se planteó con una duración de unas 40 horas, trabajando a nivel grupal y con empleo sistemático de técnicas psicodramáticas, especialmente role-playing y sociodrama.

Si bien la demanda había partido de los propios profesores, la actitud fue francamente agresiva en su comienzo. Curiosamente, podía detectarse una relación entre la agresividad de cada participante y el talante más o menos de rechazo que dicho participante decía observar en sus alumnos. Al parecer, cuando entraban en el rol-Alumno los profesores se identificaban con el rol-Alumno que vivían de forma cotidiana. Lógicamente el trabajo consistió en hacerles tomar conciencia de la complementariedad de los roles, pero una vez más, y a pesar de que no estaba previsto, el Grupo trajo a la Institución y la dramatización de un *Claustro de Profesores* y similares fue una constante obligada.

El nivel de implicación personal fue muy variable y si bien en cierto número de casos se aceptaba la relación entre sus actitudes profesionales y las personales detectadas en el trabajo psicodramático, en otras ocasiones el rechazo era absoluto produciéndose la racionalización anteriormente citada.

No dejaremos de señalar que en este caso, más que en ningún otro, se dio una discrepancia de opiniones entre la valoración de los participantes y la de los monitores. Mientras los primeros hicieron una valoración entusiasta de la experiencia, los psicodramatistas entendimos que se había producido una situación de *deslizamiento de objetivos*, pues si bien se había conseguido una toma de conciencia de las dificultades de relación pro-

fesorado-alumno y de alguna forma se había vivenciado la Institución como generadora o no de situaciones, lo cierto es que el objetivo fundamental de conocimiento de técnicas no se cubrió en su totalidad.

### 4.º Marco institucional: Institución oficial dedicada al trabajo social con población marginada.

La demanda partió de los profesionales directamente implicados en el trabajo del Centro. La Institución, a nivel burocrático, puso una serie de trabas y dificultades que, a nuestro juicio, no tenían relación con el contenido de la actividad, sino simplemente con ésta en sí misma. Creemos que esta situación provocó en gran parte la buena acogida y el alto nivel de participación, puesto que se nos vivió como el objeto rechazado por la Institución. Las implicaciones personales fueron muy altas llegando a plantearse casi situaciones psicoterapéuticas. La interpretación quizás fuera, que la Institución les obligaba a un *desapasionamiento profesional* al objeto de lograr una eficacia en su labor de evaluación de necesidades, distribución de recursos, etc. La situación psicodramática, si bien pretendía reconstruir la situación para analizar sus dimensiones, facilitaba una catarsis del rol evidentemente positiva.

Ni que decir tiene que, como se deduce de lo expuesto, la evaluación por parte de los participantes fue positiva, coincidiendo esta vez con la opinión personal de los psicodramatistas. La Institución, dada su rígida estructuración burocrática, no sufrió ninguna modificación a pesar de la diferencia de comportamiento de sus participantes.

### 5.º Marco Institucional: Asociación empresarial de comerciantes.

La demanda procedía de dicha asociación y consistía en la realización de un cursillo teórico-práctico sobre aspectos psicológicos de la venta, para vendedores de diversos tipos de comercios.

Sin dejar de señalar el hecho de que esta actividad fue aceptada por motivaciones personales que no vienen al caso, indicaremos que exigimos un estricto voluntariado de los participantes. La actitud podría calificarse

de neutra, pero dándose un grado aceptable de participación. Si bien el marco institucional demandaba implícitamente que se dotara a los vendedores de una serie de técnicas *mágicas* con el deseo fantasmático de que pudieran «vender todo a cualquier persona», obviamente los animadores del Grupo situaron la *oferta* en un bagaje de conocimientos teóricos mínimos y un juego de role-playing en los que poder analizar situaciones personales y ver las dificultades de cada uno. Con la clarificación señalada, la participación fue óptima, obteniéndose un buen grado de implicación personal. Señalaremos cómo también aquí apareció otra Institución enfrentada con la primera: las asociaciones sindicales. Igual que nos ocurrió en el caso de los estudiantes de Medicina, la posibilidad de alternancia facilitaba la racionalización de fracasos e insuficiencias. La evaluación de los participantes fue óptima y también la Institución valoró positivamente el resultado, no obstante lo cual la experiencia no tuvo continuidad porque el Equipo entendió que se alejaba de sus intereses profesionales.

#### 6.º Marco institucional: Organismo de la Administración, patrocinador de una Escuela de Animación Cultural.

La demanda partió de dicho Organismo y consistía en la realización de un cursillo teórico-práctico para animadores culturales rurales, centrado expresamente en técnicas de Grupo, con una duración aproximada de 70 horas. Se utilizaron especialmente las técnicas de juego de roles y sociodrama. Si bien hemos señalado el origen de la demanda, también es cierto que los propios participantes habían realizado una demanda inconcreta de formación en los aspectos señalados. Quizás ello justifique la buena aceptación y el alto grado de participación. No dejaremos de apuntar cómo en este caso el objetivo institucional coincidía con los objetivos personales y ambos eran aceptados sin resistencia por el ICEPP, dándose, incluso, la circunstancia de que la animación cultural de poblaciones rurales pertenecía al deseo individual de sus miembros. El resultado evidentemente tenía que ser positivo; si además añadimos

que el trabajo consistió en la clarificación del rol asumido por los participantes en cuanto animadores culturales, no debe extrañar que la evaluación de los mismos fuera óptima. Nuestro trabajo, además de clarificar el rol, les aportó una serie de conocimientos teórico-prácticos que facilitaron su quehacer profesional, con lo que aumentaron su eficacia y utilizaron sus roles profesionales como ampliación de los roles privados. La experiencia no ha terminado puesto que tanto la Institución como los participantes plantearon una demanda de supervisión y seguimiento, actualmente en curso.

A modo de comentario o conclusión final, creemos que es lógico deducir, al menos de nuestra experiencia, que el marco institucional, los objetivos institucionales y personales, la concordancia o no entre ellos y su clarificación, constituyen parámetros que pueden modificar substancialmente el quehacer psicodramático. Si los mismos profesionales, empleando prácticamente siempre las mismas técnicas, desde las mismas posiciones teóricas, obtenemos distintos niveles de participación, implicación-personal y observamos distintas actitudes, ello puede deberse a los aspectos institucionales referidos. No dejamos de reconocer que nosotros constituimos una Institución, siéndonos de aplicación cuanto hemos dicho.

A título de pinceladas, señalaremos que, a nuestro juicio, las Instituciones cerradas, desde la terminología de GOFFMAN, dificultan la aparición de implicaciones personales, refugiándose los individuos en los roles psicodramáticos. Igualmente señalamos que la participación de dos Instituciones o la existencia de dos estratos sociales dentro de una Institución (las llamadas instituciones con grupos superior e inferior, tales como Colegios, Hospitales, etc.) favorecen la aparición de mecanismos de racionalización de fracasos e insuficiencias. Nos parece claro que el marco institucional no puede ser olvidado si se quiere valorar en su justa medida el acontecer psicodramático. Quizás, como expresión gráfica, diríamos que la referencia institucional es al psicodrama lo que la circunstancia al YO orteguiano y que, como ésta, debe ser salvada para salvar a aquél.

---

# EL PSICODRAMA EN LA TERAPIA DE FAMILIA

---

SUSANA BAER

*Médico Psiquiatra*

ELISA LÓPEZ BARBERA

*Psicólogo Clínico. Asistente Social*

BLANCA LUSILLA

*Médico Psiquiatra*

DANILO UBRI

*Médico*

«Peary relata que, en su viaje al polo, se trasladó durante un día entero hacia el norte, haciendo que los perros del trineo corriesen aprisa.

A la noche consultó su rumbo para determinar su latitud y comprobó con gran sorpresa que estaba mucho más al sur que a la mañana.

Durante todo el día había estado empeñado en dirigirse hacia el norte sobre un inmenso iceberg orientado hacia el sur por una corriente oceánica.

J. ORTEGA Y GASSET: *Meditaciones sobre el Quijote*

## EL HOMBRE Y SU CONTEXTO. PALABRA Y ACCIÓN

El hecho de que el hombre es influido por su contexto social sobre el cual también influye, no es nada nuevo. Sin embargo, las técnicas tradicionales de salud-mental —que se originaron en la fascinación producida por la dinámica del individuo— centran su preocupación en la exploración de la vida intrapsíquica del individuo aislado de su medio, y en algunos casos privado de *acción*.

Entre el individuo y su contexto social y entre la mente y el cuerpo, se erigen fronteras artificiales que en teoría se reconocen como tales, pero en la práctica son mantenidas por el proceso de terapia en algunos encuadres terapéuticos. Como consecuencia de todo esto, se llega a concebir al individuo y aún más a la mente del individuo, como el asiento de la patología. Al recabar información se reúnen sólo los datos que pueden obtenerse del/o sobre el individuo, principalmente a través de la palabra, dejando en un segundo plano la acción, cuya fuerza puede contradecir o anular la palabra.

## EL PSICODRAMA

El psicodrama obvia estos inconvenientes porque se centra en la acción y en el contexto del grupo aquí y ahora:

«El instante no es una parte de la historia, sino que la historia es una parte del instante. De acuerdo con la experiencia, las vivencias más impresionantes del pasado toman expresión, en alguna forma, en las vivencias presentes».

J. L. MORENO

Psicoterapia de grupo y psicodrama.  
F.C.E. México 1966/96

«La espontaneidad es el hombre en acción, el hombre lanzado a la acción, un momento que no es parte de la historia, sino la historia como parte del momento».

J. L. MORENO

Sociometry and science of man.  
Beacon House Inc., New York 1958/60

«*El aquí y ahora* de la existencia es un concepto dialéctico. La única manera en que los pasados percibidos existen, es en el aquí

(en este lugar) y el ahora (en este momento). El *aquí y ahora* puede haber existido en numerosos pasados, y puede estar alentado en numerosos futuros».

J. L. MORENO

Las bases de la psicoterapia.  
Hormé, Buenos Aires, 1972/357

A un grupo de psicodrama, llegan individuos que están en interacción con contextos sociales diversos, en los que desempeñan un abanico de roles. Cada rol se materializa en transacciones constantes entre las necesidades del medio y las necesidades del individuo.

Cuanto más angustiosas y apremiantes son las necesidades del medio como del individuo, tanto más las relaciones se rigidifican y los roles se vuelven estereotipados. El margen de espontaneidad creadora cada vez es menor; individuo y medio intercambian respuestas *en conserva* a las que se aferran cada vez con mayor angustia, e invierten la mayor parte de su energía en recrear dichas pautas estereotipadas. La rigidez de los estereotipos no permite al individuo-sistema (individuo y sistema se retroalimentan constantemente) experimentar otras realidades, por lo que cualquier cambio que ponga en cuestión la simbiosis del individuo-sistema es percibida como terriblemente amenazadora.

En la medida en que individuo y sistema viven el cambio como amenazante o lo deforman para adaptarlo a sus necesidades, o lo niegan, impiden o retardan el crecimiento, dificultando la adaptación. Es decir, nadie puede ver más allá de lo que sus necesidades le dejan ver y así se continuará aplicando el mismo prisma sin tener en cuenta que es imposible «bañarse dos veces en el mismo río». Más aún, el individuo traslada su visión escotomizada a otras áreas de su vida, y lo que negó en su contexto original es negado en situaciones posteriores.

El psicodrama crea una matriz grupal que posibilita que emerjan los estereotipos y donde la interacción entre los miembros del grupo permite realizar nuevas transacciones en una atmósfera de comprensión mutua. Cada miembro del grupo interactúa con todos los demás, ensayando roles más satisfactorios y adecuados que le permiten enfrentar las áreas negadas —bajo la presión de la angustia—

en el *aquí y ahora* de la seguridad grupal. La flexibilidad y espontaneidad obtenida en el grupo puede ser trasladada a la realidad social de cada persona.

Con la expresión «seguridad grupal», nos referimos a la creación paulatina de un contexto grupal —matriz grupal— donde predomina y se experimenta la CONFIANZA. A través de esta confianza el sujeto conecta con su deseo de crecer y simultáneamente experimenta la ayuda de los otros en este proceso. Los sujetos en el grupo toman contacto con una serie de sentimientos, vivencias, elaboraciones diversas, sensaciones en ocasiones dolorosas, en otras satisfactorias, pero todas ellas necesarias para la reconstrucción.

## LA FAMILIA COMO SISTEMA

La familia es un grupo privilegiado por:

- Ser el primer grupo social en el que vive cada individuo, o que satisface sus necesidades para sobrevivir. Cualquier relación posterior será filtrada por esta primera referencia.
- Asentarse en la consanguinidad o vínculo genético que dura toda la vida:

«Mi padre será siempre mi padre, aun cuando esté muerto y su sepultura se encuentre a miles de kilómetros de distancia. Él y yo somos dos eslabones consecutivos en una cadena genética con una extensión de millones de años. Mi existencia es inconcebible sin la suya... En forma secundaria, o desde el punto de vista psicológico, su persona dejó en mi personalidad una impronta indeleble durante las etapas críticas del desarrollo emocional. Aun cuando me rebelé contra todo lo que él representaba, mi enfático *no* sólo logró confirmar mi vinculación emocional con él. Por ser su hijo, él tenía obligaciones para conmigo, y con el tiempo yo contraí una deuda existencial para con él».

I. BOSZORMENYI NAGY

Lealtades invisibles. Amorrortu 1983/15

La familia es un sistema\* vivo. Los sistemas vivos son sistemas abiertos, es decir, que

\* Sistema: Según HALL y FAGAN: «Conjunto de objetos con sus atributos, así como las relaciones entre los objetos».

intercambian constantemente energía e información constante para adaptarse a las demandas de crecimiento y desarrollo de sus miembros y a las exigencias del medio externo, a la vez que mantiene su continuidad. Aunque la familia sólo puede fluctuar dentro de ciertos límites, posee una capacidad asombrosa para adaptarse y cambiar.

El stress de cambio en un sistema familiar se puede originar en cuatro fuentes:

1. Contacto estresante de un miembro con fuerzas extrafamiliares.
2. Contacto estresante de la familia en su totalidad con fuerzas extrafamiliares.
3. Stress en los momentos transicionales de la familia.
  - Evolución de los miembros.
  - Incorporación de un nuevo miembro.
  - Pérdida de un miembro.
4. Stress referentes a problemas de idiosincrasia.

Si ante un cambio la familia posee recursos suficientes que le permitan ser flexible y espontánea, podrá adaptar su estructura a los nuevos requerimientos; se podrá llegar a un nuevo equilibrio del sistema. Para alcanzar éste equilibrio se precisa negociar un cambio de posición de sus miembros en sus relaciones mutuas.

Si, por el contrario, la familia posee una estructura rígida o si las demandas de cambio superan su capacidad de adaptación, el sistema entrará en una crisis cada vez más profunda. La familia ensayará una y otra vez pautas disfuncionales cada vez más rígidas que pudieron servir en ocasiones anteriores, pero que por su carácter estereotipado serán inadecuadas en la nueva situación.

## LA TERAPIA DE FAMILIA

En terapia de familia el terapeuta, a través de su papel de *experto* y mediante la utilización de su *espontaneidad*, logra crear una situación de confianza que permite a la familia descubrir nuevas pautas de relación.

El terapeuta de familia ve al *paciente identificado* como el *emergente* del malestar del sistema familiar y basa su trabajo en la ob-

servación de la *danza\** de la familia en el consultorio. Se fija en la situación de cada miembro en el espacio, en los movimientos de cada cual en relación con los demás y con él mismo, para llegar al conocimiento de las pautas disfuncionales.

El terapeuta se mezcla como actor y director en el drama familiar, crea escenarios, *coreografía*, esclarece temas y lleva a los miembros de la familia a improvisar dentro del marco de los límites impuestos por el drama familiar. Utiliza el espacio y cambia de asiento a los participantes, les hace sentarse, ponerse de pie, darse la espalda y mirarse de frente. Les facilita hablar o impide intervenir a determinados miembros en un momento dado. Puede solicitar a un determinado miembro o a toda la familia la realización de esculturas.

## REFERENCIA DE TÉCNICAS ACTIVAS

En resumen, el terapeuta familiar recurre a la utilización de las técnicas activas propias del psicodrama para facilitar el cambio.

Hemos descrito brevemente la dinámica relacionada con el modelo estructural en terapia familiar, en cuyo marco nos movemos en el I.T.G.P., por encontrarle muchos puntos en común con el psicodrama.

El éxito de la terapia familiar consiste en lograr un nuevo equilibrio que permita a sus miembros mayor flexibilidad y *espontaneidad* para adaptarse a las exigencias de crecimiento de sus integrantes y a los requerimientos del medio externo.

## SÍNTESIS: PSICODRAMA Y TERAPIA DE FAMILIA

### Psicodrama

— Creación de una matriz grupal, cuya seguridad permite la identificación y diferenciación de cada miembro. Así como la ejecución de posteriores transacciones interpersonales, son

\* Utilizamos la expresión de S. MINUCHIN y H. Ch. FISHMAN, en su libro *Técnicas de terapia familiar*.

temor a la separación y sin necesidad de establecer una simbiosis.

— El psicodramatista, utilizando su técnica y su espontaneidad, facilita la comunicación entre los miembros del grupo y promueve la acción en el aquí y ahora grupal.

— La interacción de los distintos miembros pone de manifiesto los roles estereotipados y permite la adquisición de nuevos roles y pautas de relación más flexibles y espontáneas.

— Lo aprendido en el grupo puede ser trasladado a la realidad social de cada miembro.

### Terapia de familia

— La familia es un grupo o matriz privilegiado que confiere seguridad a sus miembros, para que lleguen a alcanzar una identidad y a la vez un sentido de diferenciación.

— Es un sistema abierto que mantiene una continuidad y a la vez está en transformación constante, en respuesta a los miembros de la familia y promueve la acción en el aquí y ahora de la terapia con la familia.

— El paciente identificado es considerado como emergente del malestar grupal.

— La interacción de los diversos miembros

entre sí y con el terapeuta hace emerger las pautas estereotipadas y disfuncionales de la familia y permite ensayar a la familia nuevas pautas de relación más flexibles y espontáneas.

### BIBLIOGRAFÍA

1. BOSZORMENYI-NAGY y SPARK, G. M.: *Lealtades invisibles*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1983.
2. GARRIDO-MARTÍN, E. y MORENO, J. L.: *Psicología del encuentro*. Ed. Atenas, Salamanca, 1978.
3. HALL, A. D. y FAGAN, R. E.: *Deficition of system*. General Systems Yearbook, 1956.
4. MINUCHIN, S.: *Familia y Terapia Familiar*. Ed. Gedisa, Barcelona, 1979.
5. MINUCHIN, S. y FISHMAN, H. Ch.: *Técnicas de Terapia Familiar*. Ed. Paidós, Barcelona, 1984.
6. MORENO, J. L.: *Sociometry and science of man*. Beacon House Inc. New York, 1958.
7. MORENO, J. L.: *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. Ed. F.C.E. México, 1966.
8. MORENO, J. L.: *Las bases de la psicoterapia*. Ed. Hormé. Buenos Aires, 1972.
9. SCHUTZHEBERGER, A. A.:
10. WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. H. y DON D. JACKSON: *Teoría de la comunicación humana*. Ed. Herder, Barcelona, 1981.



---

# JUEGO, CREATIVIDAD Y CLÍNICA

---

FRANCISCO GARCÍA LLORENS

La introducción de la creatividad en nuestros grupos de psicodrama, psicodrama Freudiano, partió de experiencias puntuales, y más frecuentemente experiencias intensivas, con grupos creados para la ocasión, y donde la demanda era de lo más variada, desde un primer acercamiento a explícitas demandas terapéuticas. Sin embargo, los emergentes y las reflexiones surgidas de estas experiencias nos creó la necesidad de investigar estos modelos de trabajo en otros grupos, ya de pacientes, o en grupos de formación en el primer nivel.

## APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE CREATIVIDAD

Según algunos diccionarios, se puede leer la siguiente definición de creatividad: «Capacidad humana de producir contenidos mentales de cualquier tipo». Me parece interesante esta definición, puesto que a menudo, lo que se crea son en gran medida síntomas. Por otra parte, se intuyen varios niveles, el juego, y a partir de ahí, la creatividad, una creatividad donde la re-presentación del síntoma en el juego simultáneamente se torna terapéutico y liberador. En «Más allá del principio del Placer», es artículo fundamental, una de las grandes líneas teóricas del Psicodrama Freudiano. Freud descubre el juego bien conoci-

do del Fort-Da. El niño lanza fuera de sí el carrete, era el principio de una fuerte impresión de desagrado, y el recuperar el objeto, era producto de placer, creando así una suerte de elaboración de la angustia. También la introducción de los juegos realizada por MELANIE KLEIN son interpretados como intento de resoluciones conflictivas. En definitiva, se puede conjeturar que todo juego está ubicado en registros muy primarios, y como tales, sería preciso disponer «de una teoría del caos»; quizás lo más cercano de esto sea la teorización acerca de lo real hecha por LACÁN.

Por supuesto, esto no quiere decir que cuando trabajamos en creatividad nos movamos en este registro, pero sí se podría pensar que hay algunos emergentes y es precisamente sobre ellos sobre los cuales se puede encuadrar la sesión en un trabajo puramente psicodramático.

Existen varias posibilidades susceptibles de ser analizadas a partir de los juegos.

1. Los juegos en sí, que en muchas ideologías psicodramáticas son elementos únicamente manejados con un fin de Warming-up. Estos juegos que a menudo son consignados y dirigidos por los coordinadores, además de ser una de las posibilidades de dinamizar el grupo, pueden también mostrar arquetipos de primarias estructuras, y dejar emerger aun-

que muy veladamente el más diverso material digno de poder ser analizado. Estos juegos iniciales, siempre dirigidos, permitirán abrir una puerta hacia un nuevo espacio.

2. El proceso creativo: este proceso implica secuencia, una cierta cronología. Del juego dirigido se pasa al siguiente espacio, mucho menos enmarcado, donde las consignas son cada más difuminadas, con el fin de posibilitar el trueque de la dirección por la espontaneidad. El paso del juego inicial que consiste en poner el lenguaje ya sea hablado o corporal de los coordinadores en los individuos del grupo, pasa al proceso creativo, donde se va perfilando la trama y donde se empieza a moldear el drama. El sujeto con sus propios deseos, sus carencias, sus tendencias ocultas, hará que en los juegos surgidos de la espontaneidad, en las escenas creadas individualmente o colectivamente, estén encañonadas por significantes, hace que el drama tejido en un espacio creativo coincida con la historia del autor. Todo el proceso creativo mostrado por el individuo son la significación de una estructura oculta, susceptible de ser entrevista y en la cual la lectura puede empezar a ser inteligible. Al límite, proceso creativo podría tener semejante molde que la asociación libre del psicoanálisis.

El campo lúdico ha permitido plantear y explicitar material reprimido con una alta economía de angustia. Pero no siempre los juegos, la espontaneidad y la creatividad resultan tan fáciles, y estas dificultades nos llevan a un tercer momento bien definido en el proceso, y sumamente importante como factores torturantes.

3. Los obstáculos: estos obstáculos son verbalizados como el temor al ridículo, a veces por un aislamiento en el grupo, otras por una clara rigidez corporal. Son auténticos momentos de resistencia. También estos mo-

mentos pueden ser fecundos, muestran temores y sobre ellos se puede dramatizar...

Estructuralmente, los grupos comienzan con una calentamiento, basados en juegos dirigidos, para pasar a otras consignas más abiertas, como por ejemplo en jugar escenas a dúo o con algún miembro más del grupo. El campo de la fantasía permite un espacio donde montar escenas que a primera vista son inocentes, pero, como dije más arriba, están impregnadas de material en gran medida reprimido.

Hay múltiples posibilidades de trabajo a partir del material propio de los pacientes; pero siempre con un eje en común: el de la asociación libre o la espontaneidad. A veces las propias escenas montadas por los miembros del grupo son en sí mismas estructurantes para el protagonista; en otras ocasiones se pide al grupo que escoja una de las escenas propuestas, y a partir de las resonancias personales surgidas de la escena escogida se trabaja sobre escenas reales volviéndonos a enmarcar dentro de los límites del psicodrama Freudiano.

## CONCLUSIONES

Es harto arriesgado, a estas alturas, sacar conclusiones, sobre todo cuando se trabaja muy al límite del psicodrama, y sobre todo teniendo en cuenta la carencia de una teoría seria acerca de lo lúdico. Pero sí quiero apuntar dos cosas:

— La disminución del temor a la castración. En el espacio lúdico, el paciente arriesga con mucha menos angustia el narcisismo.

— En cierta medida la creatividad facilita la simbolización del síntoma y, por lo tanto, el inicio del camino hacia la *cura*. (Véase al respecto el libro de PAVLOVSKY, E: *El proceso creador*).

---

# AIRE, TIERRA, AGUA, FUEGO: UN SEMINARIO DE INTRODUCCIÓN AL PSICODRAMA CON PSICÓTICOS, UTILIZANDO OBJETOS INTERMEDIARIOS SIMBÓLICOS

---

FRANCISCO DELGADO MONTERO  
*ITGP. Madrid*

Dentro del programa de formación en psicodrama del ITGP, los alumnos del segundo ciclo han de realizar un seminario de ocho horas de duración, durante un sábado, utilizando objetos intermediarios simbólicos según la técnica que el Dr. PIERRE BOUR (ver bibliografía) creó para los grupos de psicodrama con enfermos psicóticos. Este seminario cuando se ha impartido en medios institucionales ha consistido en dos sesiones: una primera, con el equipo terapéutico del Hospital psiquiátrico, enfermeras, auxiliares psiquiátricos, médicos, psicólogos, etc., y otra sesión con enfermos psicóticos hospitalizados y el equipo terapéutico conjuntamente.

En el Instituto obviamente no podemos tener la sesión con psicóticos hospitalizados, y esta circunstancia decide también nuestro planteamiento de la experiencia psicodramática: La experiencia consiste en una invitación al grupo a entrar en contacto con los cuatro elementos presentes en la escena psicodramática en la forma de: un recipiente con tierra húmeda o arcilla (tierra), un recipiente, cubo o similar, con agua, varios globos (aire), y una vela encendida (fuego).

La propuesta de tomar contacto con los cuatro elementos se establece en tres modalidades o escenas diferentes:

— En la primera se invita a cada miembro del grupo a jugar su papel de «loco» (a través

de la fantasía: «Si te volvieras loco, ¿en qué loco te convertirías?»), y desde ese papel conectar con los cuatro elementos y, si surge, a través de ellos, con los demás compañeros de grupo. Como regla general, el monitor del grupo se sitúa fuera de la escena.

— En la segunda escena los cuatro elementos no están situados en el centro del escenario, sino creando un paisaje: la invitación esta vez consiste en que cada uno se identifique con un rol de animal y juegue este rol, conectando espontáneamente con los cuatro elementos e interactuando, si surge, con los demás.

— En la tercera escena se propone al grupo subdividirse en dos subgrupos: un subgrupo hace el papel de un equipo terapéutico en un hospital psiquiátrico, y el otro subgrupo asume el rol de enfermos ingresados. Se trata de tener una sesión de psicodrama con los cuatro elementos ejerciendo el papel de terapeuta o de enfermo. A continuación se cambian los papeles de tal modo que los que habían sido terapeutas pasan a ser enfermos y viceversa, volviéndose a representar la escena.

Ni que decir tiene que después de cada una de estas escenas se pasa siempre al comentario grupal sobre lo vivido en ella.

Después de llevar varios años realizando esta experiencia, tanto dentro del programa de formación del ITGP, como en instituciones psiquiátricas, percibimos una serie de fenómenos psicosociales que se repiten, y creo

son dignos de comentar. Comenzaremos primero a comentar los fenómenos comunes en los grupos de formación, y, a continuación, comentaremos nuestra experiencia en medios hospitalarios.

En los grupos de formación de estudiantes y postgraduados de psiquiatría y de psicología, la mayor aportación a nivel personal que los formandos en psicodrama manifiestan tener (aparte del objetivo principal de conocer una técnica muy útil para movilización de psicóticos en un grupo de psicodrama), es la de tener una experiencia que les permite explorar los aspectos más regresivos de su personalidad: sus núcleos psicóticos, su instintividad, sus ansiedades primarias, siempre en el nivel de profundización y compromiso que cada uno quiera o pueda asumir en función de la fortaleza del yo. Ocorre que, en general, en las sesiones didácticas, tanto en la primera etapa de evolución personal, como en la segunda de aprendizaje de técnicas psicodramáticas, las temáticas que aparecen, y sobre las que se trabaja, son obviamente más evolucionadas: fijación en roles sociales y psicodramáticos sobre todo, en torno a la conflictividad edípica, siendo excepcionales escenas muy regresivas, pregenitales o preedípicas.

La vía de lo simbólico se nos manifiesta utilizando los cuatro elementos como objetos intermediarios, como una vía privilegiada para la emergencia y trabajo terapéutico de las temáticas más arcaicas.

También los formandos en general valoran mucho la posibilidad de vivir el rol del psicótico cambiándolo a continuación con el rol del terapeuta, pues normalmente suele ser la primera vez que se ponen psicodramáticamente en el papel de sus enfermos, dándose cuenta de la complejidad de la relación terapéutica, y de las enormes dificultades de comunicación entre las vivencias del psicótico, y las temáticas contratransferenciales que se moviliza y las técnicas psicoterapéuticas. Esta primera experiencia anuncia ya la utilidad que en las primeras etapas de experiencia profesional como psicoterapeutas de grupo tendrán los grupos de control o Balint en nuestros formandos.

En cuanto a los grupos de formación, finalmente se les invita después del seminario

a que tengan al menos una experiencia como mónitores con un grupo de psicóticos en el Hospital o Institución en la que trabajan utilizando los cuatro elementos, para posteriormente reunirse y comentar cada una de las experiencias.

Los resultados de este seminario de introducción con los formandos en psicodrama varían obviamente en función de la formación y personalidad de cada uno: algunos, con menos temor a sus propios núcleos psicóticos, son capaces de crear en sí mismos ese vacío necesario para inaugurar la comunicación con la «fortaleza vacía» del psicótico, a partir de un objeto real y simbólico que se convierte en intermediario. Otros, con un deficiente trabajo psíquico sobre sí mismos o con una estructura defensiva más rígida, sobre todo a través del mecanismo de la intelectualización, son incapaces de la escucha del psicótico, al menos con el juego psicodramático como medio.

En cuanto a las experiencias que hemos tenido en medios hospitalarios psiquiátricos, en dos sesiones como decíamos al principio, una primero con el personal sanitario interesado, psicólogos, médicos psiquiatras, auxiliares, etcétera, y otra segunda a la que se unían aquellos enfermos que ellos mismos invitaban, y ellos aceptaban la invitación a participar en la experiencia de psicodrama, el fenómeno más relevante que ha aparecido es el siguiente: en general en el grupo del personal sanitario, en aquellas escenas en las que ellos asumían el papel de enfermos psicóticos, las escenificaciones e interacciones a los que la espontaneidad daba lugar, se caracterizaban en general por conductas significativamente descontroladas y situaciones grupales caóticas que no aparecían en absoluto en el grupo posterior de enfermos psicóticos. Este fenómeno pone de relieve cómo la fantasía de la locura del personal sanitario no tiene mucho que ver con la locura de sus pacientes; la caricatura de la locura que psicodramáticamente el personal asistencial pone de relieve, habla más bien del temor central de la persona supuestamente sana ante la locura, o al menos de los estereotipos o clichés sociales, sobre la psicosis.

Las sesiones mixtas de enfermos psicóticos y personal sanitario, en general se han ca-

racterizado por haber ayudado a intensificar terapéuticamente los vínculos entre cuidadores y cuidados, para poner de manifiesto algunas de las contradicciones estructurales de las instituciones psiquiátricas (entre ellas las dificultades de un trabajo de equipo bien integrado entre los distintos profesionales, y sus respectivas funciones de un hospital psiquiátrico), y para constatar una vez más que el juego psicodramático, creado por MORENO, es una lúcida teoría y una eficazísima práctica en nuestro objetivo como terapeutas de tener un ENCUENTRO con el otro.

## BIBLIOGRAFÍA

- BOUR, P.: *El Psicodrama y la vida*. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1977.
- ESPINA, J. A.: *Aproximación psicodramática a las psicosis*. Rev. Encuentro, n.º 2. Madrid, enero 1986.
- LEMOINE, G. y P.: *Una teoría del psicodrama*. Ed. Granica, Buenos Aires, 1974.
- LEMOINE, G. y P.: *Por una teoría psicodramática del psicodrama*. E. Gedisa, Barcelona, 1980.
- MENEGAZZO, C. M.: *Magia, Mito y Psicodrama*. Ed. Paidós, 1981.
- MORENO, J. L.: *Psicodrama*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1978.



---

# UNA EXPERIENCIA DE PSICOMOTRICIDAD RELACIONAL EN INSTITUCIÓN

---

AURORA GIL y CAMINO URRUTIA

La comunicación que presentamos es el análisis de un trabajo grupal de psicomotricidad relacional, realizado en el año 82, en el marco de un centro de formación profesional para adolescentes deficientes mentales, que fue interrumpido por la institución.

La reflexión sobre los errores en la elaboración y mantenimiento del contrato, sobre la evolución de uno de los grupos, y sobre las repercusiones que todo ello provocó en la institución, nos lleva a considerar inviable un trabajo de este tipo en el marco institucional si no existe un contrato, como punto de referencia básico, que haya sido elaborado teniendo en cuenta, entre otras cosas, los límites y características de institución y terapeutas.

El trabajo que realizamos se vio interrumpido como consecuencia de la observación, de prácticamente todo el centro, de una sesión en la que los miembros del grupo que vamos a presentar desnudaron a una de las terapeutas.

Este hecho y su circunstancia, manejo simbólico de la muerte, conmovió a toda la institución e hizo que se manifestaran los conflictos existentes en ella (institución que negaba la sexualidad y la muerte), y los que existían entre la institución y las terapeutas.

La situación de conflicto con la institución tiene su origen en la primera relación con una de las terapeutas, a quien fueron solicitados

sus servicios como profesora de Educación Física para cubrir las horas lectivas de dicha materia. Esta demanda no se materializó al no estar dispuesta la junta de patronato a pagar los honorarios estipulados en el convenio de la enseñanza privada. Estas gestiones fueron realizadas por el gerente en nombre de la junta.

Posteriormente, el Ministerio de Cultura pidió la colaboración de la misma terapeuta para la realización de una campaña de psicomotricidad dirigida a deficientes y tercera edad. El Ministerio había previsto como puntos de contrato los siguientes:

- El número de horas: 32.
- El precio.
- El que fueran atendidos el mayor número de niños posible.

La terapeuta gestionó las condiciones para poder llevar a cabo su trabajo:

- Grupos de un máximo de 10 participantes.
- Un mínimo de ocho sesiones de una hora para cada grupo, lo cual sólo hacía posible trabajar con 40 niños en cuatro grupos.
- Lugar fijo y estable.
- Material necesario para el trabajo.

El ministerio aceptó estas condiciones, por lo cual la campaña quedó modificada reca- yendo sobre un único centro, y el centro se

leccionado por el ministerio, entre otras solididades, fue la institución de la que estamos hablando.

La terapeuta, al conocer el centro designado, estableció dos nuevas condiciones:

— Acceso a las historias clínicas para formar los grupos de acuerdo con patologías afines.

— Reuniones con el equipo pedagógico para analizar la evolución de los grupos, y pidió al mencionado organismo que fuera él quien las estableciera con el centro por el temor a la posible confusión entre psicomotricidad y educación física.

Estas condiciones fueron aceptadas por el centro, pero posteriormente modificadas de la siguiente manera:

— Se acordó con la terapeuta que admitiera a 6 participantes más de los previstos para que quedaran incluidos en la experiencia el número total de alumnos.

— Se estudiaron las historias de los alumnos pero, dada la falta de datos significativos, no se pudieron utilizar para la selección de los grupos, y aceptamos trabajar con éstos tal y como estaban constituidos en la institución.

— Así resultaron 6 grupos, dos más de los previstos, con distinto número de participantes en cada uno.

— Esto supuso una modificación en el tiempo de las sesiones, acordándose 8 sesiones de 45 minutos para cada grupo. No fuimos conscientes de que esto suponía un aumento de cuatro horas sobre las contratadas.

— El material consistía en pelotas, cuerdas, aros, trapos, papeles, pintura y equipo musical, que fue aportado por el centro por exigencia del ministerio.

— Se estableció que el lugar de trabajo fuera el gimnasio del centro, el cual ocupaba toda la buhardilla del edificio central. Este local no tenía puerta, pero esta circunstancia no nos pareció importante dado que era la única instalación disponible y que el trabajo se desarrollaba en horario lectivo, y, por lo tanto, no podíamos ser interrumpidos.

— Las reuniones de trabajo con el equipo pedagógico fueron acordadas pese a las objeciones del gerente, quien no las consideraba necesarias.

En el planteamiento y desarrollo de estas reuniones fue donde se jugaron los conflic-

tos entre el equipo, la institución y nosotras. Es importante señalar que estas horas las ofertamos aparte de las contratadas.

Una vez establecido el contrato, se introdujo en la experiencia la segunda terapeuta, quien también había tenido contactos con el centro a raíz de su participación en un curso de orientación a padres, igualmente financiado por el Ministerio de Cultura.

El equipo técnico estaba compuesto por una psicóloga, dos pedagogas, dos instructores de taller y una asistente social, y dirigido por un director gerente, que era el intermediario entre el mencionado equipo y una junta de patronato, órgano máximo de dirección. Los miembros de esta junta eran nombrados por los fundadores del centro. Dichos fundadores eran dos ancianos que donaron una antigua fábrica de harinas de su propiedad para la creación del centro, con la condición de que se mantuvieran la misma estructura física y la persona del gerente.

Es preciso decir que, aunque la junta del patronato y los fundadores eran frecuentemente nombrados, nosotras sólo conocimos la autoridad del gerente.

El grupo que presentamos estaba compuesto por cuatro adolescentes, tres chicos y una chica, entre 16 y 18 años, de los cuales dos presentaban alteraciones en el cariotipo. Los miembros nos fueron descritos como un bloque en el que dos elementos funcionaban de modo complementario, y los otros dos no se relacionaban entre ellos ni con los demás.

En la primera sesión estamos entre cuatro individuos (la pareja complementaria no funcionaba como tal), que apenas interactúan entre sí, con una gran demanda fusional e incapacidad de satisfacerla.

A partir de esta situación, y tras el establecimiento de relaciones duales fusionales de cada uno de ellos con nosotras, en tiempos distintos que van de la segunda a la última sesión, entablan relaciones entre ellos, sobre todo de rivalidad, que posibilitan la aparición de la primera situación grupal compartida por todos, muy angustiosa, a raíz de nuestro «secuestro» por uno de los miembros. Situación que se resuelve con nuestra «liberación» por otro, y que da acceso a relaciones duales



donde se exploran diversos tipos de relación: maternaje, ternura, sensualidad, sexualidad, agresión ..., y que no compartirán entre sí, excepto la agresión, hasta después de haberse producido una segunda situación que implica nuevamente a todos los miembros: la agresión, muerte y vuelta a la vida de una de las terapistas.

Es en esta última sesión donde coinciden los ritmos de evolución de todos los miembros, y donde es posible la interrelación de todo el grupo llevando al acto las nuevas formas de relación exploradas.

La observación del desarrollo de esta última sesión, en el transcurso de la cual una de las terapeutas fue desnudada y utilizada como objeto simbólico en el que explorar sensualidad y muerte, provocó un alto nivel de angustia en la institución entera, que hizo que se nos convocara a una reunión para la mañana siguiente: A nuestra llegada constatamos que todo el centro continuaba muy angustiado en conexión con la muerte, ya que acababa de ocurrir el suicidio de un anciano, arrojándose al río delante del edificio, que había sido presenciado por todos.

En esta reunión, en la cual y por primera vez estuvo reunido todo el equipo, se nos comunicaron los temores a la reacción al desnudo por parte de los padres y de la junta, y la conveniencia de aplacar esta posible reacción, de interrumpir el trabajo. Asimismo se expresaron miedos a las posibles relaciones sexuales de los alumnos y una gran conmoción por la evolución de éstos, expresada en frases como: «Dos meses han echado por tierra el trabajo de tres años».

La evolución de este grupo, que pasó de un funcionamiento autístico a poder establecer por propia iniciativa nuevas relaciones entre ellos, con otros alumnos, y con los profesores, pudo suponer un importante cuestionamiento del planteamiento pedagógico del centro.

Creemos también que los miedos a la relación sexual entre los alumnos ocultaban dificultades y temores a la relación sexual entre los miembros del equipo, y de éstos con los alumnos. Así muy bien pudo impactar nuestra pareja homosexual como espejo de relaciones homosexuales y como ejemplo de

otras formas de relación con los alumnos, con el agravante de que nosotras no éramos conscientes de ello ni de otros aspectos y dificultades que conllevaba la situación de coterapia: Utilización de la «Co» como objeto contrafóbico, facilidad para ser receptáculos distintos de sentimientos escindidos...

Del mismo modo, nos parece que el explicar el miedo a las relaciones sexuales en un momento en que el equipo, y el centro entero, estaba muy angustiado por la muerte, hasta el punto de no recoger la angustia de los alumnos, que permanecieron solos durante nuestra reunión, supuso una negación de ésta, y en ese sentido nos parece importante señalar que cuando el equipo comenzó un trabajo de grupo institucional, lo hizo el dos de noviembre, día de los difuntos.

De todo lo relatado, lo que ahora, cuatro años después, nos parece más importante y de mayor repercusión es el contrato: Si bien llegamos a una institución conflictiva y donde las relaciones entre los miembros del equipo y entre éstos y sus alumnos no eran claras, nosotras llegamos con nuestras dificultades personales y conflictuadas con la figura de autoridad de la institución por la no contratación ya contada.

Esta situación se manifiesta en la introducción de dos nuevas cláusulas, específicas para este centro, y que tenían que ver con el control del mismo; en la distancia en la negociación que al tiempo que suponía la evitación de un posible nuevo rechazo, nos mostraba apoyadas por el organismo que pagaba; y en que no mantuviéramos las condiciones contractuales negociadas y ya aceptadas. Y condiciones contractuales básicas, lo que llevó a ofrecer a los miembros de los grupos un espacio que no resguardaba su intimidad, lo cual, además de no ser un continente adecuado, fue la ocasión para que tres de los grupos se quedaran sin terminar su trabajo, trabajo que les estaba reportando cambios; y nuestro propio descontrol horario al no ser conscientes de que íbamos a trabajar cuatro horas más. Esto hace difícil decidir si la institución interrumpió el trabajo antes de la finalización del contrato o no, ya que si bien faltaba una sesión para tres grupos, habían transcurrido las 32 horas.

En el mismo orden de cosas, el contrato no sirvió para situar las relaciones con la figura de autoridad: Las reuniones con el equipo pedagógico, ofertadas por nuestra necesidad de confirmar la evolución de los alumnos y controlar las repercusiones de ésta, rechazadas por el gerente y aceptadas por el equipo, sirvieron para que dicho equipo se colocara en un conflicto de fidelidades. Conflicto que resolvieron aceptando las reuniones, en oposición al gerente, pero asistiendo a las mismas una minoría, no siempre las mismas personas, oponiéndose a nosotras.

Además, este trabajo lo ofertamos gratuitamente, lo que pudo ser vivido por el equipo como nuestro interés en imponerles cambios, y lógicamente se resistieron.

Finalmente, la relación contractual produjo una situación en la que la institución, que no quiso pagar su demanda, se encontró con

un trabajo terapéutico que no había solicitado, y que no podía modificar porque se había colocado en la posición de «paciente», dejando la de «cliente» para el ministerio.

Nos costó mucho asumir que no era posible hacer independientes en sus relaciones a unos adolescentes en el marco de una institución que no lo era, y a la que habíamos reconocido como tal al ser pagadas por un organismo del que dependía; y en el contexto de nuestra situación de dependencia, patente en la modificación de puntos fundamentales del contrato.

Aun siendo conscientes de todo esto, no podemos dejar de mencionar que, pasados unos meses, el equipo pedagógico comenzó un trabajo de grupo institucional. Lo que nos hace suponer que la evolución de los adolescentes añadió factores de cambio a los ya existentes en la institución.