INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS

Madrid Dic 1987

IV Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama

ASPECTOS TÉCNICOS Y FACTORES DE CAMBIO EN PSICODRAMA

"Psicodrama en grupos específicos"
Madrid Dic. 1987

1.er trimestre 1989 Número 115

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. LEBOVICI

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 Cóbreces - D. Guerro 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, 21 - 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 cápsula contiene: Dipropilacetamida 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 mejorías hasta dosis de 6 cápsulas por día y aún superiores.

CONTRAINDICACIONES
No existe ninguna contraindicación formal.

EFECTOS 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 hipotonía.

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 las 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 cáp. 528,- Ptas. VISTORA 60 cáp. 913,- Ptas.

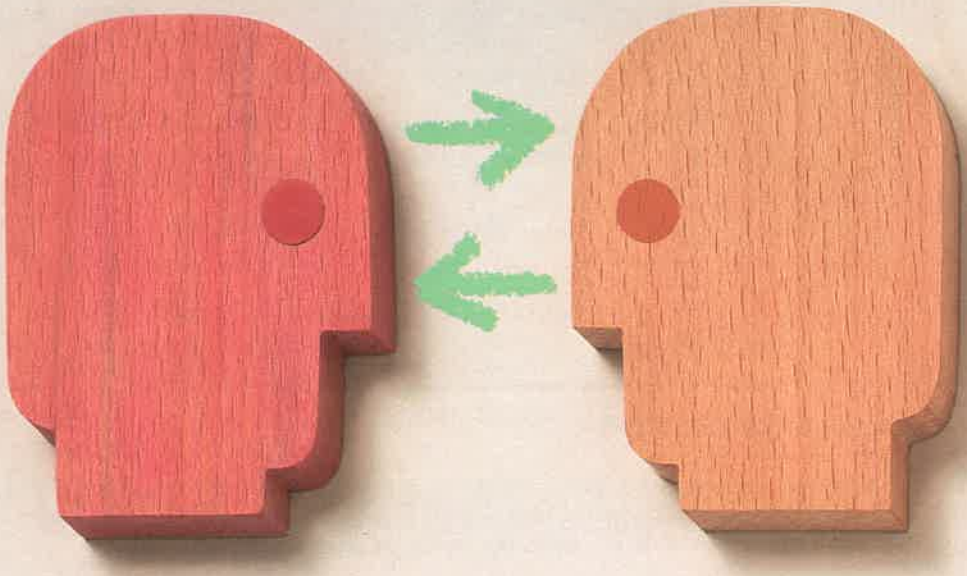
Laboratorios VITA, S.A. Avda. Barcelona, 51 SAN JUAN DESPI - Barcelona

Por sus efectos ansiolítico y sedante y su buena tolerancia

Meleril®

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

Ribas i Creus, dissenyadors



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) 489 ptas. y 2.040 ptas.
MELERIL-100: Envases con 25 y 500 grageas, P.V.P. (IVA) 484 ptas. y 4.034 ptas.
MELERIL-200 Retard: Envase con 30 comprimidos, P.V.P. (IVA) 857 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. Hiper o hipotensión con trastornos cardíacos 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

Sandoz S.A.E. Apartado 708 Barcelona

Informaciones Psiquiátricas

N.º 115 / 1.er trimestre 1989

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 irán acompañados 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.

ÍNDICE

7 Mensaje de salutación a los Congresistas, del presidente de la A.E.P.
EL PSICODRAMA COMO MEDIO DE FORMACIÓN
ENRIC GRAÑÉN I RASO

11 LA ESCENA PRIMIGENIA Y EL PROCESO DIABÓLICO
PABLO POBLACIÓN

15 EL JUEGO DE LOS ROLES EN LA ENSEÑANZA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA
JOSÉ ANTONIO ESPINA BARRIO

21 EL PSICODRAMA EN LA FORMACIÓN PSICOLÓGICA DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA
R. MATEOS ÁLVAREZ, S. LÓPEZ ARES y A. LORENZO LAGO

27 PSICÓTICOS CRÓNICOS Y PSICODRAMA: VALORACIÓN
A. PINTADO, P. BLÁNQUEZ, A. P. CHINCHILLA, D. DÍAZ DEL PERAL, A. PELÁEZ, M. A. FÀBREGA y J. MEZQUITA

35 GRUPOS ESPECÍFICOS Y PSICODRAMA
JOSÉ ANTONIO ESPINA BARRIO

49 PSICODRAMA CON MUJERES MALTRATADAS
ANTONIO PINTADO CALVO, CARMEN ARÉVALO VALVERDE, MARÍA ESPINOSA MORENO, JOSÉ GARDÓN RUMI, JOSÉ GINEL SÁNCHEZ y FERNANDO MARÍN CARRILLO

59 PSICOANIMACIÓN Y PSICODRAMA LETÍFICO PARA LA VEJEZ
RUTH TARQUINI y SERGIO CANADÉ

63 APROXIMACIÓN A LA PROBLEMÁTICA DE LA DEFICIENCIA MENTAL MEDIANTE EL USO DE TÉCNICAS PSICODRAMÁTICAS
MARISOL FILGUEIRA BOUZA

89 GRUPOS DE DRAMATIZACIÓN EN LA ESCUELA: UN TRABAJO DIDÁCTICO Y TERAPÉUTICO
IRENE HENCHE ZABALA y ROSA M.ª MUÑOZ MARTÍN

97 CONCEPCIÓN TEÓRICA DE LA EVOLUCIÓN LONGITUDINAL DE LOS GRUPOS PSICODRAMÁTICOS
J. A. ESPINA BARRIO

101 LOS TÍTERES, DEL TEATRO A LA TERAPIA
ALBA JUANOLA y JEANINE ESCORNÉ

107 EL PSICODRAMA EN LA TERAPIA DE FAMILIA: UN CASO CLÍNICO
JOSÉ DÍAZ MORFA y DANILO UBRI ACEVEDO

113 TRABAJOS PUBLICADOS DURANTE EL AÑO 1988

Mensaje de salutación a los congresistas, del presidente de la A.E.P.

EL PSICODRAMA COMO MEDIO DE FORMACIÓN

Hace ahora aproximadamente un año, y durante la presentación de comunicaciones, en la pasada Primera Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama, en Granada, nos referíamos, citando a OTAOLA, a la conveniencia de que las distintas escuelas que trabajan en el campo psicológico de la persona, y concretamente, las psicodramáticas, pudiesen llegar a alcanzar una síntesis sobre aquellos factores que las substancían y que deberían conservarse como provechosos y útiles para el buen trabajo. Y cuáles desecharse, por lo contrario. Porque, decíamos, en todas aquellas escuelas existen relevantes elementos positivos y valiosamente utilizables. Y que el problema consistía en que pretendían, todas ellas, y en exclusiva, la posesión de la verdad científica.

Conviene aclarar, no obstante, que tal cuestión no la entendemos como una simple yuxtaposición de conceptos e ideas, sino que, de acuerdo con las experiencias objetivables de cada una de estas escuelas, pudiera lograrse la deseada síntesis. Y eso nada tiene que ver con la unicidad de Asociaciones, o de la fusión de las mismas, tan anhelada también por algunos desde hace muchos años.

Porque hay unas realidades de las que hay que hablar y que nos atañen a todos en mayor o menor grado, y que no podemos soslayar. En primer lugar, aquellas que hacen referencia a las dificultades que cualquier ser humano encuentra en vivir en intercambio de valores con los demás.

En todos nosotros coexisten, a niveles de relación primaria, capacidades predatorias, junto a las altruistas. Y la formación psicológica, o educativa y psicodramática, a todos los niveles, ejercida y mantenida, a veces, a lo largo de los años, puede, por lo general, procurar a las personas la capacidad creadora de bienestar en la relación interpersonal. Pensamos que la larga paciencia que, muchas veces, es necesaria para alcanzar estos niveles, es lo que caracteriza y marca lo que es el auténtico estilo humano. Y ello lo sabemos todos muy bien los aquí presentes, porque somos profesionales de la formación y educación del carácter.

La superación de formaciones yoicas inadecuadas, tales como los factores de posesividad personal y sometimiento en relación al otro, así como los instintivo-desamorosos del tipo codicioso, hostil, o fantasmagóricamente fóbicos, de uno para sí, y para los demás, como hechos cotidianos

y abundosos, se muestran según la ocasión y la persona como más ostensibles y evidentes a la visión simplista. Y otros, más solapados y sutiles y tanto, o más, destructivos que aquellos, y perceptibles frecuentemente con rapidez gracias, por ejemplo, al Psicodrama en análisis psicológico profundo, pueden abordarse en el proceso de formación de candidatos con la finalidad de que puedan concienciarse y que así puedan ser percibidos desvelándose la autenticidad del ideal de superación de tales factores en la persona, o sujeto, en formación.

Esta condición, que consideramos básica y a la que podríamos calificar como disposición empática, como disposición a estar, o hallarse dispuestos a prestar el servicio de la propia persona, en la acción psicológica, a aquellos que solicitan ayuda para su propia e insuficiente potencial reparador, es la que consideramos fundamental hallarla en todo proceso para la formación de candidatos.

Y ampliando la definición, ¿cómo podríamos esclarecer un poco más estos conceptos? Veamos. En un profesional del campo psiológico y, particularmente, en el psicodramático, sería la de llegar a alcanzar la aptitud y propósito de uso de unos fines positivos para comprender, confortar, orientar, o ayudar, psicológicamente, a otros, en su mejoramiento personal.

Entre otras finalidades, éstas son, a nuestro modo de ver, las más importantes. Porque pensamos que, a partir de este tronco, es posible observar cómo, si se desea, algunas veces se puede ayudar, otras más se puede confortar, y en muchas es posible orientar y comprender. El Psicodrama suele ser el medio correcto para la consecución de estos logros.

La capacidad de apoyo al Yo del educando en el sujeto en formación y tanto para la mejor evolución de aquél, como para la mejor consecución y menor traumatismo en las tomas de conciencia, es importantísimo para conocer la cota, o nivel, alcanzado por aquel que ha de ser un profesional de la terapia psicológica en cualquiera de sus campos.

Porque si no, ¿cómo conseguir la apertura de un sistema que tiende a hacerse inmutable? Modificar esa situación, tendiendo a hacer, al sujeto en tratamiento, más cooperador, requiere determinadas actitudes y disposiciones en el profesional que, conforme ya hemos dicho, pueden ser muy bien evidenciadas por el Psicodrama.

El proceso de formación puede proporcionar, en primer plano y mediante el Psicodrama, la observación y existencia en el candidato a formación, de tales disposiciones básicas, o en todo caso, detectar si las que existen pueden ser susceptibles de mejor desarrollo.

Si, además, y frente a este candidato, no damos mayor relevancia al hecho de que esté adscrito a una determinada teoría, o que, incluso, pueda ser partidario de una determinada técnica, llegaremos fácilmente a la conclusión de que lo que nos parece verdaderamente importante es la personalidad del futuro terapeuta.

Y es que, acerca de todo eso, diremos que es un terreno del que se habla mucho y en el que faltan también muchas y rigurosas comprobaciones, pero en el que llueven los ejemplos. Así, Rogers y colaboradores, ya observaron lo que nosotros, al igual que otros muchos, también habíamos podido ver; que hay psicoterapeutas de distintas escuelas —y aun sin ninguna escuela, aficionados incluso— que tienen éxitos curativos. Y otros de las mismas escuelas, o condiciones, que no los tienen, a veces, lo puedan camuflar con el eufemismo de que no pretenden curar, o mejorar, y sí, sólo, explorar, examinar, hallar, etc.

A nuestro modo de ver, pensamos que, todavía, debemos incidir algo más sobre estos puntos. Veámoslo.

En los inicios del Psicoanálisis, por ejemplo, el analista no podía ser ni visto por el paciente para poder psicoanalizar. Y éste tampoco podía oírle. O sea, que no había diálogo alguno. Todo, o casi todo, era un monólogo por parte del analizado en el que, el analista intervenía únicamente para interpretar, siempre fríamente y sin meterse en la relación. ¡Y eso se consideraba como un ideal! El tiempo ha demostrado que el error de estas actitudes, por lo peligroso que resultaba, era de toda evidencia, ya que, como reacción, se producían brotes psicosomáticos y, alguna que otra vez, incluso psicóticos...

FRANZ ALEXANDER representó una especie de reacción a estas técnicas. Fue, en realidad, un punto de vista opuesto a FREUD. Si éste decía que lo importante era recordar, recordar experiencias traumáticas, etc. y que, una vez desvelado el recuerdo, ya estaba resuelto el problema, la posición de ALEXANDER era la de que, el recordar hechos traumáticos que podían ser el origen de trastornos patológicos, requería una modificación previa del sujeto en pro de su capacidad a asumir el recuerdo.

Esta creencia en hacer rememorar, recordar, sucedidos, etc., a los pacientes, era también aplicable a los candidatos en formación.

Y continuando con ALEXANDER, veamos lo que nos decía —¡y ya en aquellos tiempos!— cuando escribía que «el paciente no se cura porque recuerda, sino que recuerda porque se cura». Y añadía que, «el rememorar hechos traumáticos requiere esa capacidad previa de la personalidad para que sea lo suficientemente robusta como para poder asumir aquellos hechos». O sea, que no se puede anteponer el recuerdo, o la técnica, para lograr el crecimiento interior, o maduración del Yo del sujeto, por las muy posibles consecuencias de tipo inadecuado, o grave, que de ello puedan derivarse.

Todavía hoy es posible observar, en determinados círculos, cómo las actitudes de empatía ya descritas antes, son calificadas de «ingenuidad terapéutica», como dando a entender que, para estas personas de tales agrupaciones, lo terapéutico no es primordial. Y así nos preguntamos: ¿Y en razón de qué, la producción de bienes psicológicos y de cooperación para el logro de un mejoramiento en la persona, no es primordial?

Volviendo, ahora, al estudio de ROGERS y sus colaboradores, diremos que, aquél, observó que los psicoterapeutas de más éxito eran, también, los que presentaban más coherencia en sus vidas, más empatía en su relación, una autenticidad en su quehacer, y una más estable línea vital en la relación familiar y social.

De ahí la necesidad del establecimiento de unas condiciones que tiendan a aumentar, en los candidatos, la tolerancia frente a sus propias situaciones traumáticas y que, de esta manera, se llegue a niveles que les permitan una mayor capacidad personal para absorber problemas.

Así, mucho nos tememos que, en los casos en que no se tiene tanto en cuenta la personalidad del futuro profesional, los resultados formativos dejarán mucho que desear. Especialmente el logro de maneras sencillas, fáciles, de ambiente distendido, informal, dentro del marco formal, etc., de las secuencias dialogales, o psicodramáticas, y ya sean en el inicio, o en cualquier punto del proceso, pueden alcanzar niveles de gran dificultad, o hallarse repletos de mal disimulada tensión, si el profesional carece de una personalidad estable.

De lo dicho hasta aquí, no debe inferirse en absoluto que las teorías, o técnicas, tal o cual, deben ser consideradas como inoperantes, o insuficientes. Nada más erróneo. Lo que sí interesa es que puedan ocupar el lugar que les corresponde como instrumentos de trabajo. A cambio, si acaso, hemos de tratar de no poner tanto énfasis en el conjunto de lo remoto. Porque tratar los hechos conflictivos actuales en función directa y sin la concatenación pertinente de unos supuestos remotos, produce muchas veces la impresión de que, sin especificarlo, se trabaja sobre efectos imaginarios y no sobre hechos reales contrastados que pudieron, o no, haber sucedido. Como máximo y en casos de ausencia de concatenación o engranaje, habría que intentar tratar y tender de llevarlos a la objetivación sin presión de ninguna clase.

Parece, pues, muy claro que el problema de la formación de candidatos nos parece que debemos centrarlo en la personalidad de ese futuro candidato y en esta clase de formación incluida en la práctica psicodramática.

Proponemos que, de lo dicho hasta aquí, pueda recogerse algo provechoso a fin de que los futuros profesionales de la educación y formación caracterológica mediante el Psicodrama puedan soslayar las trampas que hemos tratado de describir y algunas más que se puedan presentar, consiguiendo valores crecientes de honestidad y seriedad profesional que, sin duda, informan los trabajos que aquí se presentan hoy y mañana. A ellos les dedicamos estas palabras aunque con el ruego de que, para terminar, nos permitan decir, parafraseando a los clásicos de la filosofía, que: el candidato puede ser considerado como un vanidoso si lo espera todo y exclusivamente de sí mismo y nada de los demás. Insuficientemente formado y caracterológicamente inmaduro aquel que lo espera todo de los demás. Y del que espera mucho del propio trabajo sobre sí mismo, y algo del de los demás acerca de él, decirse que suele estar, auténticamente, en formación.

ENRIC GRAÑÉN I RASO

LA ESCENA PRIMIGENIA Y EL PROCESO DIABÓLICO

PABLO POBLACIÓN

LA MATRIZ DE IDENTIDAD

Partimos del supuesto que la primera etapa de la vida del niño constituye el cimiento condicionante del modo de estructuración de la personalidad en su transcurso y desarrollo por las etapas posteriores de la vida.

Desde esta afirmación de principio estaríamos escotomizados para entender la dinámica de tales etapas posteriores, por muy profundo y sutilmente que las estudiemos, si no partimos de una comprensión y conceptualización teórica de aquella primera etapa.

En la vida del sujeto la primera relación es la de madre-hijo, en la matriz de identidad, según la expresión de Moreno.

La *co-existencia, co-acción y co-experiencia* «son características de la matriz de identidad».

A lo largo del proceso evolutivo (el niño) «pasa por varias etapas de desarrollo que se superponen»: «La primera etapa consiste en que la otra persona es una parte del niño, formalmente, esto es, la completa y espontánea identidad.

La segunda etapa consiste en que el niño concentra su atención en la otra y extraña parte de él.

La tercera etapa consiste en que separa a la otra parte de la continuidad de la experiencia y deja fuera a todas las demás partes, incluyendo a sí mismo.

La cuarta etapa consiste en que el niño se ubica activamente en la otra parte y representa su rol.

La quinta etapa consiste en que el niño representa el rol de la otra persona, quien a su vez hace su rol. En esta etapa la inversión de la identidad es completa».

Con estas palabras[1] MORENO resume el proceso que cubre desde la total co-existencia o matriz de identidad indiferenciada hasta la separación de su proto-yo y proto-no yo de la identidad diferenciada.

En esta etapa surgen los primeros roles, como el respiratorio y el de ingeridor estudiados por MORENO y el de mingidor y defecador por ROJAS BERMÚDEZ[2], que engloba el conjunto de los roles psicosomáticos en su teoría del núcleo del yo.

LA ESCENA PRIMIGENIA

Junto a los anteriores conceptos y sin mayor contradicción con los mismos, nosotros sentimos la necesidad de enfocar esta etapa desde una óptica diferente.

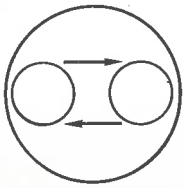
El manejo terapéutico del psicodrama a partir de escenas y la proposición heurística de que toda inscripción vivencial inconsciente o consciente es a través de escenas nos lleva a intentar formular de este modo —en escenas— lo que ocurre en la etapa de identidad.

Así llegamos al concepto de *escena primigenia* que podemos definir como la primera escena inscrita en el inconsciente del sujeto y que nace *de* y representa *a* la relación de *co-existencia, co-acción y co-experiencia* presente en la etapa de identidad indiferenciada.

Se trata de una escena *sui generis,* dado que los actores de la misma están fundidos en una *unicidad,* por lo que tanto podemos hablar de relación madre-yo-mismo, como yo-mismo-yo

mismo. Por ello traduce no sólo la relación con la madre sino —y es importante destacar este punto— la relación más primaria del sujeto consigo mismo, la del *estar* consigo, es decir, la emoción básica latente en la identidad.

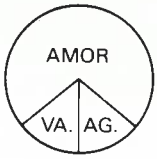
Podemos expresar gráficamente la escena primigenia como:



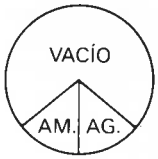
Para llegar a comprender las consecuencias e importancia de la escena primigenia es preciso remitirse a sus posibles variantes. Están dadas por las actitudes emocionales posibles de la madre hacia el hijo en esta etapa de la vida.

Se podrían resumir en tres: ***amor*** (acogida, calor, ternura, aceptación...), ***agresión*** (rechazo, crueldad, asco, tensión...) y ***vacío*** (indiferencia). Estos tres componentes emocionales pueden y suelen presentarse simultáneamente (sincrónica y diacrónicamente) en distinta proporción:

Los tres casos extremos serían:



Predominio del ***amor***



Predominio del ***vacío***

Predominio de la ***agresión***

(Habría también que contar con todas las combinaciones intermedias que se ven posibles).

En el segundo y tercer casos, donde predomina el vacío o la agresión, aquel *estar consigo mismo* se convierte en un disertar, en una forma de sentirse a sí mismo en vacío de afecto o con rechazo.

Pero en todos los casos el vínculo emocional que se establece desde la escena primigenia y que va a permanecer, ***es*** el vínculo. Por ejemplo: en la relación que predomina la agresión, la resultante posterior de autoagresión no se contrasta con la de amor, no es un sustitutivo del amor a sí mismo, sino que *es* la vivencia natural del sentirse consigo mismo.

Una vez instaurada esta específica forma (en este caso agresiva) de autorrelación cualquier intento posterior de forzar o sugerir otro tipo de vínculo es vivido con rechazo porque implica perder el vínculo real, el que se percibe como el único válido y parte de la propia esencia y cualquier intento de modificación —como el quererse a sí mismo— es vivido como un intento de aniquilación de la propia identidad.

Lo anterior en cuanto a la relación posterior del sujeto consigo mismo. En tanto su forma de relación emocional con el otro ocurre algo parecido. Tomando el mismo caso de predominio de la emoción agresiva, tal sujeto establecerá relaciones agresivas *como* relaciones de amor o vinculares y extrañará el intento del otro de establecer una relación de ternura. Algo interior le dirá *eso no es lo adecuado.*

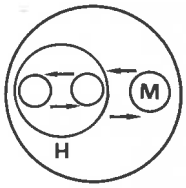
Siendo la escena primigenia la primera vivida, todas las escenas posteriores que se inscriben en el sujeto desde su experiencia estarán condicionadas por aquélla. Veamos en términos generales dos opciones:

A) Que toda relación ulterior quede filtrada desde la primera experiencia y sólo puedan introyectarse las equivalentes.

B) Que haya un intento de compensación procurando superponer experiencias contrarias como una vía de cerrar la herida primigenia, intento siempre fallido en parte, puesto que persiste dicha herida.

EL PROCESO DIABÓLICO

Después de la situación de la matriz de identidad indiferenciada —que da lugar a la escena primigenia—, el proceso evolutivo lleva a una separación progresiva del rol auxiliar madre, diferenciándose poco a poco el proto-yo del hijo y el proto-no yo de la madre[3], dando lugar a una nueva escena que podemos representar gráficamente así:



donde el hijo —con la escena primigenia ya condicionándole— se encuentra con la madre en una escena de nuevas dimensiones.

Este proceso que comprende tanto la separación como una primera experiencia de encuentro con un rol externo es el que llamamos «proceso diabólico». Es el primer proceso dialéctico en la vida del sujeto.

Diabólico, etimológicamente, es el opuesto de simbólico. Lo simbólico —lo que une— es un término que procede de aquellas figuritas de barro que en la Grecia clásica se rompían en ocasiones de la separación de los miembros de una familia, portando una parte el viajero y otra los que quedaban en el hogar. A la vuelta de aquel —a veces después de muchos años— la unión de nuevo de los trozos de la figura significaba la reunión de la familia y que aquel sujeto era realmente el que se había marchado. Lo diabólico es lo que separa.

Remito al extenso y profundo estudio que desarrolla JUNG[4] en su Simbología del espíritu de los términos y conceptos de Satán, que utilizaremos más adelante y de Diablo —«el que separa»—, que nos interesa aquí.

Volviendo al proceso diabólico. La madre se va diferenciando del hijo. Antes existía una fusión que era *todo,* era *unicidad;* y ahora desde ese todo se separa una parte que se sitúa frente al hijo y crea un vacío; un vacío doloroso que es sentido como opuesto al deseo, como dañino y malo. Es el componente satánico de la madre, ya que Satán es el componente malo de Yahvé, *el adversario* «el que se opone» al crecimiento.

El deseo es volver a la unicidad. Este proceso dialéctico de fusión-separación y encuentro con el componente satánico es el que denominamos proceso diabólico.

LAS VARIANTES DEL PROCESO DIABÓLICO

Surgen condicionadas por las anteriores variantes de la escena primigenia. Si en ésta ha predominado el componente ***amor*** y el yo-auxiliar madre que aparece progresivamente distanciado y enfrentado persiste en una actitud emocional amorosa, la resultante dialéctica no es un freno al crecimiento; lo satánico no tiene fuerza oponente, y la base de identidad creada en la escena primigenia, impulsada por el hambre de actor, juega con el nuevo rol que encuentra frente a sí para crear la nueva escena con dos protagonistas cada vez mejor diferenciados.

Otro caso es si en la escena primigenia ha predominado otro sentimiento, por ejemplo la agresión. Si es éste el caso, en el proceso diabólico, lo malo, lo destructivo se presenta simultáneamente dentro y fuera, con una confusión relacional en la nueva escena que puede resolverse de varios modos, predominando:

1. La percepción de que todo lo malo es externo.
2. De que todo lo malo es interno.
3. Que lo malo tanto es interno como externo.

Parece que desde aquí pueden introducirse determinadas predisposiciones psicopatológicas.

Con diferentes matices puede trasladarse este razonamiento al caso en que predomina el vacío efectivo.

(N. del A. Entendamos que todo este último apartado exige una elaboración más extensa para llegar a matizar muchos puntos aún oscuros en cuanto a los factores que condicionan las distintas modalidades del proceso y las futuras consecuencias de índole patológica a que podrían dar lugar).

CONSECUENCIAS PARA LA PRÁCTICA TERAPÉUTICA

A través de una o sucesivas dramatizaciones de un primer sujeto podemos intuir o incluso a veces asegurar cuál es la modalidad de escena primigenia inscrita en lo hondo de la estructura de su personalidad.

En el caso de tratarse de una modalidad patológica pueden darse dos niveles de lesión a delimitar de un modo pragmático:

1. Que tenga una menor importancia y no parezca incidir gravemente en la futura construcción de la personaiidad.
2. Que la fisura es lo bastante importante como para hacer tambalear todo el futuro edificio.

En el primer caso parece que son suficientes las técnicas dramáticas habituales como recons-

tructurantes de los niveles modernos —más allá del proceso diabólico— de la personalidad; es decir de los roles y escenas desde la matriz familiar. A lo que se une la labor sutil —pero profunda y constante— del juego en una matriz de identidad simbólica y adecuada que se haya logrado crear en el grupo.

En el segundo caso parece que habría que ir más allá de la técnica simbólica, es decir, de reencuentro interno de los roles, para pasar a las que entrarían en el campo de lo que denominamos técnicas mágicas o presimbólicas.

Estas técnicas, que estamos empezando a explorar desde esta óptica, consisten en esencia en escenas de índole primitiva, pero no por ello menos sofisticadas, que impulsan a una nueva vivencia de identidad desde el motor del hambre de actor.

Su comprensión es más fácil a través de las investigaciones de los antropólogos sobre este tema. Así, siguiendo a MALINOWSKI[5] en su estudio sobre la magia, descubrimos que ésta «se basa en la experiencia específica de estados motivos en los que el hombre no observa a la naturaleza sino a sí mismo y en los que no es la razón sino el juego de emociones sobre el organismo humano el que desvela la verdad».

El acto mágico desde su *cualidad de relación* permite reconstruir la realidad interna desde una experiencia subjetiva intensísima que deja la absoluta convicción de realidad.

Reduciéndonos a los actos mágicos referidos a las ceremonias de iniciación mística que son las que aquí nos interesan, su esencia (M. Eliade) es siempre «morir a una determinada existencia para acceder a otra». Perfilando más, es la muerte de la relación con la madre real (mundo profano) y el acceso al mundo religioso, que permite una nueva unión *sacra* que trasciende la relación humana y recompone sus miserias y «frente a la duda, confiere al hombre a la confianza, a la resolución frente a la vacilación, al optimismo frente al pesimismo»[6].

El novicio es *un recién nacido* y el ritual iniciático le permite el encuentro con *la divinidad dispensadora de la vida;* y la verdad de que él es *creación de otro,* es decir, vive de un modo absoluto una nueva escena primigenia.

Entendemos que esta comunicación sólo intenta transmitir una aproximación no a uno sino a numerosos temas muy complejos, llenos aún de puntos oscuros que exigen una ulterior y prolongada reflexión y una confirmación experimental.

BIBLIOGRAFÍA

1. MORENO, J. L.: *Psicodrama.* Ed. Hormé. Buenos Aires.
2. ROJAS BERMÚDEZ, J. G.: *Núcleo del yo.* Ed. Genitor. Buenos Aires, 1979.
3. MENEGAZZO, C. M.: *Magia, mito y psicodrama.* Ed. Paidós, 1981
4. JUNG, C. G.: *Simbología del espíritu.* Fondo de Cultura Económica. México 1962.
5. MALINOWSKI, B.: *Magia, ciencia, religión.* Ed. Ariel. Barcelona 1974.
6. MALINOWSKI, B.: op. cit.

EL JUEGO DE LOS ROLES EN LA ENSEÑANZA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

JOSÉ ANTONIO ESPINA BARRIO
Psiquiatra de los S. S. Mental de Valladolid

EL JUEGO CONTRA EL ESTEREOTIPO DE ROL

Habitualmente la enseñanza de los aspectos psicológicos de la relación asistencial se hace por medio de charlas, conferencias, clases magistrales, supervisión en grupos verbales y sugerencias bibliográficas. Con todo ello se pretende dar al estudiante una formación y unos conocimientos sobre los avatares psíquicos que pueden acaecer en el curso de una relación terapéutica. Este proceder sobredimensiona los aspectos cognoscitivos que, aunque muy importantes, no son los únicos que se juegan en una relación en la que priman los aspectos emocionales, la empatía y la actitud del terapeuta; siendo todo lo anterior crucial a la hora de la cura y del mantenimiento y progreso de la relación.

Sin desdeñar el conocimiento intelectivo, del que ya hemos tratado en otro artículo[1], y que nosotros fomentamos con la participación del formando en la elaboración teórica por medio del Seminario Activo, vamos a ceñirnos en este trabajo al Juego de Roles propiamente dicho.

El profesional novel al contactar por vez primera con un paciente desarrolla unas ansiedades e inhibiciones. Aunque propias de toda situación nueva y por ende amenazante de la seguridad personal, nos muestran la insuficiente preparación de este nuevo terapeuta. Por más que su preparación teórica haya sido suficiente nos sorprende la diferente actitud que el terapeuta adopta al acercarse el paciente a la consulta; en efecto, si unos minutos antes se mostraba afable, relajado y comunicativo; ante el enfermo se le ve frío o artificialmente sonriente, rígido, envarado y distante. Esta transformación, que las más de las veces pasa desapercibida para el propio interesado, nos aclara el rol profesional interior. Si éste no sale de entrada se traslucе ante situaciones o momentos tensos. Este papel, que rígidamente se repite, es el fruto de la interiorización del papel ideal de terapeuta al que se acude al principio por seguridad y luego, más tarde, como defensa en los momentos más difíciles.

La monotonía y reiteración del papel hace que le llamemos estereotipo de rol, pues al propiciar un acercamiento encasillado despersonaliza la relación, uniformándola en unos corsés que sólo a nosotros asegura frente a los temores que presentimos puedan suceder.

El conocimiento teórico de estos dinamismos, al reforzar la relación ideal, lo que hace es incrementar la estereotipia del rol. Por eso pensamos que en el juego al enfrentarse con los fantasmas, en forma de expectativas bloqueantes, va a lograr acceder a la realidad del momento, como señala WINNICOTT[2].

Siguiendo a MORENO[3], entendemos el Juego de Roles como un entrenamiento en un papel; pero no en un rol definido previamente de forma rígida. El juego posibilita además de la acomodación al papel el desarrollo de la espon-

taneidad creadora del protagonista. Para ello se recurre a diversas técnicas de expresión dramática y a distintos tests de espontaneidad. De esta forma se preparan, sin riesgos, para múltiples situaciones inesperadas, y las iteraciones, bloqueos, etc., que suceden en la realidad, pueden se analizadas o repetidas en el espacio dramático favoreciendo la flexibilidad del rol.

En síntesis, el juego no sólo prepara al sujeto para un papel temido, por novedoso o amenazante, sino que estimula la variabilidad de las respuestas debida a la Multiplicación Dramática. Todo lo anterior hace que el sujeto pueda escoger la respuesta más apropiada para ese momento existencial, con lo que desbarata toda conducta inespontánea de carácter defensivo.

OBJETIVOS DEL JUEGO

El Juego de Roles se utiliza en la preparación de diversos papeles sociales, pero concretamente del rol psicológico —médicos, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros, etcétera— se ha escrito mucho. Bien sea abordando el grupo por estamentos o de forma institucional, con lo que adquiere unos matices de terapia institucional.

Cuando se hace por profesiones, es ésta la que, en último término, se analiza, ya que por ejemplo las expectativas y los fines conscientes o inconscientes del médico y la asistente social son diferentes.

En un grupo multiprofesional se favorece la amplitud de miras y el trabajo en equipo.

Para MOCCIO[4] la aplicación del Juego de Roles sirve para «superar y dominar las vaguedades e incertidumbres que existen entre el conocimiento teórico y la aplicación práctica de lo aprendido» así como para superar las ansiedades que engendran toda tarea novedosa.

El autor citado en el párrafo anterior recoge lo que D. ANZIEU opina respecto al juego: «hace evidente la brecha entre lo que saben y no saben hacer, entre los roles que querían representar y los que realmente asumen», hace pasar de una actitud centrada sobre el otro y logra modificar las actitudes de los estudiantes.

LOS LEMOINE[5], a propósito del grupo de médicos y en comparación con los Grupos Balint, señalan la ventaja del psicodrama en que analiza de forma más fructífera lo que ocurre en la consulta y que disminuye la agresividad de los espectadores al identificarse éstos con el protagonista.

Destacan la Inversión de Roles, por la cual el médico toma el lugar del paciente, como el procedimiento facilitador del conocimiento de su propio papel, ya que al estar «del otro lado» se aprecia mejor el origen de nuestras actitudes. Es el estar *fuera de sí,* al representar los dos papeles, el que le proporciona al médico el revelado de la mancha ciega que le impide ver la demanda que el paciente le trae.

TÉCNICAS DE EXPRESIÓN DRAMÁTICA

MOCCIO alude a tres técnicas fundamentales:

1. El soliloquio o «expresión en voz alta y en primera persona de las vivencias que el participante experimenta en la dramatización».
2. La Inversión de Roles, que como es visto es fundamental para los Lemoine y para nosotros. MOCCIO señala que «permite también comprender una situación desde el punto de vista del otro».
3. Repetición de la sesión después de la experiencia real.

Esta predilección nos muestra a las claras el fin eminentemente didáctico que impulsa a todo Juego de Roles.

Sin embargo, nosotros pensamos que toda técnica psicodramática es susceptible de utilizarse en el Juego de Roles. Sin desdeñar la finalidad educativa y sin tratar de disminuir la importancia de las dos primeras, el soliloquio y la Inversión de Roles, creemos que también son importantes, entre otras, la siguientes:

1. Repetición previa que, a modo de Proyección en el Futuro[6], le permita confrontar al sujeto con sus fantasías o temores.
2. Acomodación Progresiva al rol temido. El juego permite crear las condiciones necesarias para trabajar las aprensiones que susciten las diversas situaciones.
3. El Doble permite alumbrar los sentimientos negados o subyacentes.
4. El Espejo da la posibilidad de verse desde fuera de sí e incluso desde la posición de espectador. Sus reacciones aclaran las disonancias entre lo que piensa y lo que hace.
5. La Multiplicación Dramática al ofrecer una serie de posibilidades, las que el grupo le aporta al tomar su escena, flexibiliza el papel del sujeto, deshaciendo su cliché inicial. De otro lado,

el grupo le muestra su propia percepción y ofrece al protagonista un plus de realidad que la experiencia concreta no posee.

ALGUNOS TEMAS Y SUS PROCESOS DE CAMBIO

Relación imaginada o Creación Colectiva

Una actividad desconocida es, habitualmente, enfrentada con sobrecogimiento o recelo. Por otra parte el análisis cognoscitivo previo suele estar presidido por unos esquemas rígidos que anatematizan cualquier heterodoxia; la finalidad de todo esto es conseguir la seguridad a cualquier precio.

La Creación Colectiva que se realiza en el juego de roles permite una comprensión desde dentro y una identificación con las partes implicadas, con lo que las posiciones se hacen desde lo vivido y no desde la cómoda posición del observador no participante.

Así, en un grupo en el que se discutían los motivos del desprestigio del médico actual en relación con el antiguo médico de cabecera, se lanzaron una serie de argumentos opuestos, en defensa y a favor del médico, de muy difícil conciliación y operatividad. Ante esto propusimos la representación de la «Consulta del Seguro», animando a intervenir a todos los componentes. Dos personas hicieron de médico y ATS respectivamente, el resto acudió como enfermos. En estos últimos es de destacar la variación y el tipo de enfermos ya que sus motivos de consulta fueron: alopecia, somatizaciones por estrés, reivindicación de mutualista, hiporexia infantil, petición de recetas, faringitis y afección estomacal. Como se puede apreciar, los componentes no se identificaron con los pacientes más reivindicativos o querulantes, sino con una gama de tipos que es factible ver en una consulta de medicina general. Al finalizar la escena se les pidió que realizasen un soliloquio desde el rol, en el cual la decepción era el sentimiento generalizado, excepto en el peticionario de recetas; la demanda subyacente a los síntomas no había sido escuchada, por lo que se sentían impelidos a la repetición de consultas. El tiempo de dedicación era mínimo y definían al médico como un sordo agente de derivación o medicalización. El comentario posterior versó sobre las alternativas e intereses enfrentados en las posibles reformas sanitarias.

Pensamos que la relación imaginaria llevó al grupo de una discusión corporativista y estéril a una visión globalizadora sobre la asistencia del país. Creemos que el desempeño del papel de paciente fue primordial a la hora de salirse de su rol profesional y pasar a trabajar el asistencial, es decir, el acto de ayuda o cooperación que se realiza entre dos sujetos.

Relaciones temidas o la fantasía mágica de invasión

La caja de los temores de un terapeuta es muy similar a la de Pandora, al abrirse salen todos los males del mundo: invasión, desintegración, intrusión, agresión, destrucción, desinterés, inhibición, desprecio, etc.; la función del juego es que al cerrar la tapa quede dentro la esperanza, la cual permitirá afrontar los bloqueos que hayan aflorado al exterior.

Existen miedos conscientes y petrificantes que son de difícil acceso y trabajo por su fuerte componente fóbico, el cual requiere un largo rodeo; pero los que aquí vamos a reseñar nacen de la improvisación o del juego espontáneo.

Se ha escrito bastante acerca de los fantasmas del coordinador de grupos[7]; nosotros pensamos que bajo este amedrentamiento existe un temor generalizado de invasión que amenaza la seguridad ontológica del monitor. Éste es el que, en el transcurso de la improvisación de un encuentro extraterapéutico en la calle, surgió en uno de los participantes. Súbitamente se mostró temeroso y asustado ante dichos contactos. Se le pidió concretase sus temores por medio de un aparte y verbalizó miedos a un escándalo y alboroto. Dado que el protagonista deseaba trabajar esto, se representaron encuentros progresivamente más invasivos, de esta forma aquello que le parecía extraño y amenazante le va resultando conocido y familiar, por medio de la función simbólica del psicodrama como señala MENEGAZZO[8]. Ni que decir tiene que este temor de desintegración era un emergente grupal, ya que al finalizar la dramatización el grupo comentó espontáneamente encuentros reales y placenteros, frente a los alborotados y desestructurados que motivaron el inicio del juego.

Esta familiaridad frente al miedo mágico fue la que, semanas después, permitió a este participante encontrarse con un paciente psicótico y en unas condiciones lamentables —medio desnudo, ambivalente y deambulando sin rumbo fijo por la estación de Renfe— y poderle ayudar sin bloqueos ni temores.

La muerte, su diagnóstico y el médico

Una de las características de la medicina actual es la negación de la muerte. Ésta cuestiona la omnipotencia del médico, la eficacia del medicamento y la fantasía de inmortalidad que las actuales Unidades de Cuidados Intensivos proporcionan al profano.

La ignorancia de la muerte, además del médico, alcanza también al paciente que reivindica la vida como un derecho inexcusable, con lo que se llega a situaciones en que el dispositivo asistencial toma una serie de medidas que privan al sujeto de poder *vivir* su muerte, al ser presa de los aparatos de mantenimiento artificial de la vida. Por tanto, el médico y el paciente se encuentran desprevenidos ante toda amenaza existencial, quedando muy lejos del ser-para-la-muerte enunciado por HEIDDEGER.

La información del diagnóstico de un cáncer incurable y la asistencia posterior al mismo constituyen uno de los momentos más patéticos con los que un médico debe encontrarse. Los hospitales y centros asistenciales, con el fin de calmar las ansiedades ya citadas, elaboran unos esquemas rígidos, como son la negación o la transmisión directa de la cruda realidad. Por el contrario, el juego permite desobturar la escucha, lo que nos va a permitir elucidar cuál es el porcentaje de «verdad que el paciente puede tolerar»[9]; de esta forma se capacita al médico para enfrentarse a la muerte del paciente, ya que sus defensas, la negación y la evitación, remiten, en última instancia, a los sentimientos frente a su propia finitud.

Aproximación a una relación ideal, entre la camaradería y la distancia

Cómo comportarse ante un paciente preocupa, de forma notable, a los terapeutas noveles. Se suele oscilar entre los que tratan de conseguir, por encima de todo, la amistad del paciente y los que se defienden con la distancia del lenguaje y de la técnica.

La dramatización de ambos extremos en una misma situación permite elucidar los pros y los contras de ambas actitudes. Así se evidenciaron los inconvenientes de una relación demasiado próxima que dificulta una objetivación y produce una minusvaloración de la tarea clínica; se destacó el abuso que podría significar una relación distante, y por ende transferencial, con la exclusiva finalidad de incrementar el *supuesto saber* y el prestigio del médico y no con el objetivo de elucidar los procesos psíquicos del paciente.

La amistad o la terapia imposible

Nunca se escribirá lo suficiente sobre los problemas que la relación amistosa e íntima plantean al hacerse cargo de una psicoterapia con dicha persona.

El amigo representa habitualmente nuestras partes proyectadas, con lo que el proceso de tomar distancia y el interjuego dentro-fuera no pueden realizarse. La identificación con el sufrimiento del otro produce un enganche que anula toda tentativa asistencial.

El psicodrama, por medio de la Inversión de Roles, contacta con esta confusión y señala la implicación interpersonal del conflicto y, en consecuencia, la imposibilidad terapéutica.

Además se percibe la doble trampa que el amigo nos plantea. La demanda insondable y la sensación de abandono cuando le remitimos a otro terapeuta.

La flexibilidad ante el Rol o el Espacio y la Terapia

El campo y la distancia terapéuticamente necesarios son aspectos cruciales de la relación que sólo mediante la dramatización pueden ser convenientemente tratados.

Como escriben SIVADON y DURON[10], de la misma forma que cada animal tiene un territorio propio que delimita y defiende de modos diversos, como por ejemplo la orina, los excrementos, los palos del nido de los pájaros, etc.; cada cultura posee un territorio o espacio propios que se conforma como una distancia de seguridad. El franqueo de la misma por un extraño implica, de hecho, una amenaza. Esas bullas o burbujas de protección tienen un tamaño variable según la tradición y las costumbres de cada país. Un ejemplo muy gráfico lo constituye la cola del autobús: en los países anglosajones hay una distancia uniforme entre las personas, de manera que parecen alineados; por el contrario, en los estados latinos el apelotonamiento y agrupamiento es mucho mayor.

Además de la distancia cultural existe una medida personal, de ahí el interés en saberla captar para que nuestro acercamiento no resulte invasivo e impulse al otro a una respuesta agresiva de etiología defensiva.

A través del desempeño de papeles se aprecian los espacios propios y los del otro, se pue-

de ver cómo el lapso que guardamos, de apego o de alejamiento, tiene mucho más que ver con nuestras necesidades que con las del paciente. Así, en un juego de papeles con auxiliares psiquiátricos sobre el acercamiento a una persona con un trastorno esquizofrénico se observó cómo trataban de tal forma de controlarla que acababan sujetándola de tal modo que provocaban su agresión. Se concretizó el momento de irse a la cama y las personas más inseguras y temerosas de un ataque eran aquellas que más le agarraban sin darle opción a una mayor autonomía y confirmando así sus temores.

Pero el terapeuta no es el único que se entromete en el espacio de seguridad del paciente, a veces es éste el que invade al primero. Cuando el asistente no pone límites a tal situación es que ésta le suscita algún tipo de conflicto. Como le ocurre al médico que ante un paciente maniaco le permite que se siente en sus rodillas y le manosee, a pesar del evidente malestar que se aprecia en la dramatización. Tras ésta sale su megalománico y omnipotente deseo de ayuda que permite los *acting-out* del paciente a pesar de sus sentimientos, pues, como afirma WINNICOTT, para tratar a alguien es imprescindible, primeramente, sentirse uno bien; y para esto, añadimos nosotros, es necesario conocer, por medio del juego, nuestras limitaciones y puntos oscuros.

SÍNTESIS FINAL

El grupo de Juego de Roles en la enseñanza de la Relación Terapéutica tiene por finalidad lograr, de forma espontánea y/o programada, familiarizarse con un rol profesional. Éste de entrada nos resulta *extraño* y amenazante, por lo que, defensivamente, lo adoptamos de forma rígida y estereotipada.

En el transcurso de las sesiones se consigue paulatinamente adoptar dicho rol de una forma flexible, propia —de ahí viene la palabra apropiada—, cómoda y próxima o familiar. Esta apropiación —hacer mío lo extraño— es lo que, en última instancia, cumple el Juego de Roles; conformando una labor mitopoyética que enriquece el patrimonio de roles sociales del individuo. Por eso decimos que el juego cumple una función simbólica y mediante ésta los fantasmas dejan paso a la realidad[2].

A lo largo de este trabajo hemos querido resaltar las dificultades que el trabajo psicoterápico entraña al terapeuta que se inicia y cómo éstas tienen que ver con la novedad del trabajo y con las zonas conflictivas no resueltas del sujeto. En este panorama vemos el Juego de Roles como un instrumento idóneo de preparación, análisis y supervisión de la tarea psicoterapéutica, como se puede apreciar en la exposición de algunos temas surgidos en los grupos y la transformación que en ellos ejerce la dramatización.

BIBLIOGRAFÍA

1. ESPINA, J. A.: «La enseñanza de la relación terapéutica: de la clase magistral al seminario activo con juego de roles» (artículo en vías de publicación).
2. WINNICOTT, D. W.: *Realidad y Juego.* «Psicoteca Mayor», vol. 6, Barcelona, Gedisa, 1979. (1.ª ed. castellana 1972). (Traducido por Floreal Mazía de la 1.ª ed. de 1971).
3. MORENO, J. L.: *Psicodrama.* 4.ª ed., Buenos Aires, Hormé Paidós, 1978. (Traducido del inglés por Daniel R. Wagner).
4. MOCCIO, F.: «Algunas observaciones en la técnica de Role-playing», en AAVV, *Psicodrama Psicoanalítico en grupos,* Buenos Aires, Kargieman, 1975.
5. LEMOINE, G. y P.: *Jugar-Gozar-Por una teoría psicoanalítica del psicodrama.* «Psicoteca Mayor», Barcelona, Gedisa 1980. (Traducido por Irene Agoff).
6. MORENO, J. L.: *Psicoterapia de Grupo y Psicodrama. Introducción a la teoría y la praxis.* «Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis», México, Fondo de Cultura Económica, 1.ª ed. 1966, 1.ª Reimp. 1975. (Traducido por Armando Suárez de la 1.ª ed. en alemán de 1959).
7. KESSELMAN et al.: *Las escenas temidas del coordinador de grupos.* «Serie Psicología», vol. 99, 1.ª ed. 1978, Madrid, Fundamentos, 2.ª ed., 1981.
8. MENEGAZZO, C.M.: *Magia, Mito y Psicodrama.* «Biblioteca de Psicología Profunda», Buenos Aires, Paidós, 1981.
9. LAÍN ENTRALGO, P.: *Antropología Médica para clínicos.* 1.ª ed. 1984, Barcelona, Salvat, Reimp. 1985.
10. SIVADON, P. y DURON, J.: *La santé mentale-la recherche de l'equilibre personnel et social dans la vie quotidienne.* «Epoque», Toulouse, Privat, 1979.

EL PSICODRAMA EN LA FORMACIÓN PSICOLÓGICA DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

R. MATEOS ÁLVAREZ
S. LÓPEZ ARES
A. LORENZO LAGO
Profesores ayudantes de clases prácticas
Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Universidad de Santiago

Director: Prof. A. RODRÍGUEZ LÓPEZ

JUSTIFICACIÓN

Probablemente sería ocioso, ante profesionales que se ocupan de la salud psíquica de los individuos, el ofrecer argumentos en pro de la conveniencia de transmitir durante la carrera de medicina unos conocimientos objetivos y un lenguaje de índole psicológica, que contribuyan a acercar las concepciones de salud-enfermedad que postulan el modelo médico y psicológico. Y ello máxime cuando dichas materias forman parte hace tiempo del caudal de conocimientos que los estudiantes de todas las Facultades de Medicina deben *estudiar* y *aprobar* para obtener su licenciatura.

Parece oportuno rocordar, sin embargo, que estos estudios no han logrado hasta ahora modificar la práctica médica habitual, que se ha regido por el culto al ente *Enfermedad* cumpliendo fielmente el modelo propugnado por SYDENHAN en los albores del conocimiento médico científico: «Para establecer la verdad del hecho patológico el médico debe abstraerse del enfermo» *.

Obviamente, no se trata de restar importancia a los indudables avances que la aplicación de tal modelo médico-biológico ha supuesto en diversos sectores del conocimiento médico, sino más bien de percatarnos de la paradoja que ha ido creciendo en todos los países desarrollados paralelamente al desarrollo de la medicina tecnificada: la constatación por diversos autores de que entre un 20 a 60 % de los enfermos no encuentran respuesta a sus dolencias en el marco asistencial que se les ofrece (LIPOWSKI et al. 1981), SEVA y col. (1978), TIZÓN y cols. (1978).

Como hemos expuesto en otros trabajos (RODRÍGUEZ LÓPEZ y cols. 1983, 1984), a esta situación han contribuido indudablemente dos carencias que se detectan en numerosos profesionales de la Medicina: por una parte la pérdida de la noción de *sujeto enfermo,* sustituido por un agregado de *órganos enfermos,* y por otra el olvido por parte del médico de un recurso terapéutico fundamental, su propia personalidad (BALINT, 1971).

Planteado así someramente el problema, la pregunta que como médicos, psiquiatras y docentes nos preocupa sería: ¿Qué se puede hacer desde el ámbito de la asignatura de Psicología Médica para cambiar este orden de cosas?

Creemos que el tema puede abordarse considerándolo desde la óptica del problema del cambio de actitudes en los estudiantes de Medicina con respecto al objeto que nos ocupa: el concepto de enfermedad y sus derivados (médico, enfermo, tratamiento, etc.).

Creemos oportuno enfatizar el concepto de actitud para recordar que las actitudes encierran tres tipos de componentes: cognitivos, afectivos y conductuales (TRANDIS, 1975). De ahí el pro-

(*) Cit. FOUCAULT: *El nacimiento de la Clínica.* Ed. Siglo XXI, 1978, pág. 23.

blema conocido por todo profesional que intenta modificar actitudes: éstas se resisten a ser modificadas si se actúa solamente sobre uno de los componentes.

Teniendo en cuenta este enfoque quizás cabe esperar que el tradicional sistema de exposición magistral de conocimientos (por tanto dirigido al plano cognitivo), aporte más bien poco a un cambio de actitudes en los médicos del mañana.

Este tipo de consideraciones han llevado a nuestro departamento a intentar introducir la modificación de actitudes básicas de una forma más operativa en las enseñanzas de la Psicología Médica (A. RODRÍGUEZ LÓPEZ y cols. 1985) encontrando en las técnicas psicodramáticas un instrumento muy adecuado a tal fin.

EL PSICODRAMA COMO INSTRUMENTO «TERAPÉUTICO-DOCENTE», MODIFICADOR DE ACTITUDES EN PSICOLOGÍA MÉDICA

La utilidad del Psicodrama como instrumento válido y duradero en el cambio de actitudes ha sido objeto de diversas investigaciones (MANN, L. 1967, 1968, NUTTIN, 1972, entre otros), y ha probado su eficacia superando a veces los resultados de técnicas mucho más costosas y difíciles, como suelen ser las campañas informativas sobre colectivos numerosos.

No es objetivo de esta comunicación la profundización teórica al respecto, aunque parece oportuno ofrecer algunas consideraciones que permitan valorar mejor lo adecuado de la técnica al problema que nos ocupa:

1.º Por una parte está la constatación de que tarea educativa, cambio de actitudes y proceso terapéutico no son conceptos independientes, sino íntimamente relacionados. O dicho de forma simplista: ¿cabe imaginar una disciplina o área de conocimiento cuyo aprendizaje no tropiece con actitudes contrarias en más o menos sujetos, la superación de las cuales requeriría algún tipo de proceso terapéutico?

2.º Todo encuentro médico-enfermo pone en juego en ambos sujetos emociones de diversa índole: se trata de una relación asimétrica en diversos aspectos (valga como ejemplo la polaridad poder-autoridad/dependencia) que necesariamente dará lugar a algún tipo de reacción transferencial/contratransferencial.

La constatación del fenómeno fue intuido por los llamados *curanderos* de todos los tiempos, y aunque olvidado por cierta *ciencia médica* ha sido recogido de nuevo por médicos que han sabido elaborarlo con todo el rigor científico de los conocimientos psicológicos actuales (piénsese por ejemplo en la obra de BALINT).

3.º Si se acepta lo que antecede, parecería muy razonable adiestrar al futuro médico en el conocimiento de las reacciones afectivas que se pueden desencadenar en ambos protagonistas: médico y enfermo, en las diversas situaciones terapéuticas, y de los mecanismos de defensa que inconscientemente se pueden estar poniendo en juego, de modo que pueda utilizarlo en lo qué debe ser su obra: contribuir eficazmente a la curación del enfermo.

4.º Por último cabría argumentar sobre la idoneidad de las técnicas psicodramáticas en esta labor formativa-terapéutica del médico. A nuestro modo de ver ofrecen algunas ventajas destacables:

— No requieren material ni recursos especiales. Lo fundamental sería la claridad de objetivos y el conocimiento de la técnica por parte del director de Psicodrama. El material lo constituyen los propios sujetos, estudiantes en este caso, con sus propios contenidos, actitudes y emociones.
— El trabajo en grupos más reducidos, en unas Facultades de Medicina masificadas, puede tener el aliciente innovador desde el punto de vista pedagógico, a la vez que favorece un compromiso afectivo mucho mayor que las enseñanzas magistrales. Citando a ROJAS BERMÚDEZ (1968) «con este tipo de aprendizaje donde la instrumentación es prácticamente inmediata, vivencial, el conocimiento es asimilado con mayor facilidad e incorporado al yo como un elemento propio y no injertado».
— No es menos importante desde el plano pedagógico el carácter creativo y lúdico con que estas técnicas gratifican frecuentemente a todo el que invierte en ellas un mínimo de ilusión.

Otras valoraciones positivas fueron expuestas con mucha más fuerza y espontaneidad por los propios alumnos en la encuesta evaluativa que se les administró al final de las prácticas y de la que expondremos algunos ejemplos en la parte final de este trabajo.

Como decíamos, esta serie de consideraciones y el ininterrumpido estudio de la técnica nos ha movido en los últimos años a un empleo cada vez más frecuente del Psicodrama. Expondremos a continuación nuestra utilización del mis-

mo durante el curso 84-85 como parte del programa de prácticas de Psicología Médica, por constituir la unidad más coherentemente elaborada; aunque cabe decir que el mismo ha sido utilizado en el mismo contexto en el curso 83-84 (A. RODRÍGUEZ LÓPEZ y cols. 1984) y en el seno de otras disciplinas impartidas por el departamento de Psiquiatría.

EL PROGRAMA DE PRÁCTICAS DE PSICOLOGÍA MÉDICA

Se llevó a cabo en las siguientes fases:

1.º Fijación del objetivo de las prácticas: sensibilizar a los alumnos, como futuros médicos generales, sobre los aspectos psicológicos involucrados en la relación médico-enfermo, dentro de una concepción holística de la enfermedad. Como instrumento fundamental elegido para tal fin se recurrió a la experiencia Psicodramática, en su encuadre de *Role-Playing,* de situaciones que involucraran diversos problemas psicológicos, sociales y familiares en el curso del proceso de enfermar.

Los alumnos deberían aprender a percatarse de la influencia de estos factores, tanto en el proceso de información (es decir, durante la elaboración del diagnóstico clínico) como en la etapa de devolución de información al enfermo (Oferta de tratamiento).

2.º Los casi 400 alumnos fueron divididos en grupos de 20.

3.º Solicitud de alumnos-monitores voluntarios, a los que se les explicó someramente la metodología de las prácticas. Los que se adscribieron definitivamente fueron entrenados como yo-auxiliares, a través de cuatro sesiones de dos horas de duración. En las mismas aprendieron, mediante técnicas de role-playing diversos papeles de *enfermos* y *acompañantes* de enfermos, que respondían a una serie de entrevistas médico enfermo en ciertas *situaciones problema.* El guión de estas situaciones había sido confeccionado previamente por los profesores de prácticas autores de este trabajo. Subrayemos que se eligieron enfermedades con una clara sintomatología orgánica, evitando así la dificultad sobreañadida de iniciar este análisis con enfermos de sintomatolgía predominantemente psiquiátrica. Se enfatiza así la importancia de la concepción psicosomática del enfermar en todo tipo de situaciones médicas.

4.º Sesiones de Prácticas: se trataba de representaciones psicodramáticas cuyo director era un profesor de prácticas que contaba con tres monitores, dos yo-auxiliares y un observador).

Las sesiones se desarrollaban en las tres clásicas etapas: caldeamiento, dramatización y etapa de comentarios.

— ***Caldeamiento:*** Al inicio de la sesión, y tras comentar mínimamente el objetivo de las prácticas, el director consignaba al grupo para que se reagruparan en subgrupos de 2 o tres personas. Cada subgrupo debería elegir una enfermedad que deseara representar, así como repartirse los posibles papeles de *médico, enfermos* y *acompañante del enfermo,* los cuales deberían caracterizar mínimamente. A continuación todos los grupos representaban simultáneamente la entrevista por ellos diseñada. La consigna especificaba que deberían continuar la representación hasta que la entrevista tuviera un final lógico (elaboración de un diagnóstico, petición de exploraciones complementarias, plan de tratamiento, etc.).

  El director trataba de captar los aspectos más sobresalientes de las distintas dramatizaciones grupales y estimulaba a los protagonistas a no abandonar su papel. El objetivo de esta fase era desinhibir a los participantes y hacerles experimentar situaciones que les hicieran más receptivos en la fase de dramatización propiamente dicha.

— ***Dramatización*** con ***yo-auxiliares.*** En esta fase se delimitan claramente los dos contextos: dramático y grupal. Un alumno voluntario asumía el rol de médico y dramatizaba una entrevista en que los roles de *enfermo* y *acompañante* eran desempeñados por los yo-auxiliares entrenados. La presencia de una dificultad insuperable daba paso a una etapa de comentarios o bien a la sustitución del *médico* por otro voluntario, reconduciendo la dramatización.

  El observador tomaba nota de lo que ocurría.

— ***Comentarios:*** Eran emitidos espontáneamente por los participantes. El director procuraba estimular al máximo la espontaneidad, de modo que las conclusiones fueran *descubiertas* por los alumnos, y facilitaba la formulación de progresivas deducciones teóricas. Se iba, pues, de la experiencia concreta, el aquí y ahora, a los conceptos generales, de la vivencia emocional a los juicios racionales.

El observador colaboraba, a instancias del director, suministrando información escrita so-

bre la dramatización, y al final de la práctica, haciendo un resumen teórico de las conclusiones elaboradas.

5. Debe especificarse que una práctica incluyó material audiovisual: una entrevista médica grabada en vídeo durante la cual se comunicaba a un enfermo el diagnóstico de una enfermedad crónica parcialmente invalidante. Dicha etapa era iniciada por una etapa de caldeamiento similar a las demás, pero centrada en el objetivo específico de la práctica. Era seguida del vídeo de veinte minutos y, por último, de la etapa de comentarios que incluía el material dramatizado y el observado en el vídeo.

La duración media de las sesiones era de dos horas.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Para medir de la forma más objetiva posible la efectividad de las prácticas hemos utilizado dos procedimientos:

a) Todos los alumnos cumplimentaron antes y después de las prácticas unos reactivos semánticos que están siendo elaborados mediante la técnica del diferencial Semántico de OSGOOD para apreciar de forma objetiva si hubo o no un cambio de actitud.

b) Se realizó una encuesta evaluativa al final de las prácticas en la que se formularon tres preguntas abiertas:
- ¿Qué te gustó de las prácticas?
- ¿Qué no te gustó de las prácticas?
- ¿Qué cambiarías?

Por tratarse de respuestas abiertas, hemos tenido que agrupar las conexiones entre las numerosas y matizadas respuestas. Ofrecemos los datos más destacados por bloques, ejemplificados en algunos comentarios literales de los alumnos:

Aspectos considerados positivos

- Lo subrayado más frecuentemente fue el descubrimiento de la *relación médico-enfermo* como un hecho importante, a la vez que novedoso en unos estudios de Medicina habitualmente enfocados a los síntomas: «... nos han valido para darnos cuenta de que la Medicina es algo más que Diagnóstico o tratamiento. Personalmente he cambiado en cierta medida», «... una visión distinta de la relación médico-enfermo... me parecía más sencillo de lo que es».
- La utilidad de *jugar el papel del Médico,* de vivirlo realmente: «ser médico por unos minutos, porque es totalmente distinto imaginarse una situación que vivirla», «... han valido para que sienta que estoy estudiando Medicina», «... aprender a vivir y sentir momentos que se van a dar en tu vida como médico... incluso he sentido angustia como si de verdad fuese médico».
- El carácter de trabajo grupal, subrayando dos aspectos:
  a) Aumenta la riqueza de enfoques del problema.
  b) Favorece el compañerismo.
  «... nos enseñan a dialogar, nunca había hecho prácticas de este tipo», «... poder establecer la comunicación que nos ayuda a vencer la timidez y además a adquirir nuevos conocimientos y expresar nuestras ideas». Quizás esto nos debería hacer reflexionar sobre el individualismo al que se ven empujados, por una competitividad creciente, los futuros profesionales de la Medicina.

Aspectos considerados negativos

- Larga duración de las sesiones y algunos horarios.
- Poca participación de la gente.
- Falta de realismo.

Quizás pueda resumirse diciendo que faltó clima dramático en algunos grupos, lo cual creemos pudo deberse a dos aspectos fundamentalmente:

- Insuficiente entrenamiento de algunos yo-auxiliares (la diferencia entre grupos era notoria).
- Grandes dificultades en general para el trabajo grupal por parte de la mayoría de los participantes.

Sugerencias

Aludían, sobre todo, a la conveniencia de

- Presenciar entrevistas con enfermos reales.
- Realizar más prácticas, de menor duración y más continuadas.

Estos datos confirman nuestra impresión subjetiva de la utilidad de las técnicas psicodramáticas para los objetivos fijados, si bien algunos aspectos técnicos deben ser perfeccionados.

BIBLIOGRAFÍA

BALINT, 1971: *El médico, su paciente y la enfermedad.* Libros básicos. Buenos Aires.

LIPOWSKI Z. J. y WOLSTON, E. J., 1981. *Liason Psychiatry referral patterns and stability over time.* Am. J. Psychyatry, 138, 12, 1608-1611.

MANN, L., 1967. *The effects of emotional role playing on desire to modify smoking habits.* J. Exp. Soc. Psychol., 3, 334-348.

MANN, L. y JANIS, I. L., 1968: *A follow-up study on the long-term effects of emotional role playing.* J. Pers. Soc. Psychol., 8, 339-342.

NUTTIN, J. M., 1972. *Attitude change after «rewarded compliance: evidence for a non-cognitive dissonnance theory.* Leuven University Press.

RODRÍGUEZ LÓPEZ, A., DELGADO, C. y MATEOS, R., 1983: *Valoración objetiva del comportamiento de los servicios hospitalarios ante la problemática psiquiátrica.* Comunicación al congreso internacional sobre Psiquiatría de Hospital General, Madrid.

RODRÍGUEZ LÓPEZ, A., MATEOS, R., LÓPEZ ARES, S. y LORENZO, A. 1984: *El role-playing en la formación dinámica de los estudiantes de Medicina: análisis de una experiencia.* Mesa redonda: Formación dinámica del psiquiatra y del médico general. IV Workshop Internacional de Psicoanálisis. Madrid, 2-6 septiembre.

RODRÍGUEZ LÓPEZ y cols. 1985: *La enseñanza de la Psicología Médica: Técnicas de Enseñanza.* Mesa redonda. XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría. La Manga del Mar Menor, 27-30 mayo.

ROJAS BERMÚDEZ, J., 1968: *El Psicodrama aplicado a la enseñanza de la Psiquiatría.* Cuadernos de Psicoterapia, vol. III, n.° 2. Buenos Aires.

SEVA, A. y cols., 1978. *Los problemas psíquicos en el Hospital General: su epidemiología.* Ponencia a la XVI Reunión de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Granada. Actas del Congreso.

TRAINDIS, H. C., 1971: *Attitude and attitude change.* Ed. John Wyley and sons. New York.

TIZÓN, J. L. y cols. 1978: *El uso del G.H.Q. en diversos medios hospitalarios y su comparación con la población general.* Ponencia a la XVI reunión de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Granada.

PSICÓTICOS CRÓNICOS Y PSICODRAMA: VALORACIÓN

A. PINTADO
Jefe del Servicio, en funciones, de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico Provincial de Almería

P. BLÁNQUEZ, A. P. CHINCHILLA, D. DÍAZ DEL PERAL, A. PELÁEZ
Médicos Residentes del Hospital Psiquiátrico Provincial de Almería

M. A. FÀBREGA
Asistente Social

J. MEZQUITA
Director del Hospital Psiquiátrico Provincial

SUMARIO

Se han realizado 93 sesiones de una hora con tres grupos de esquizofrénicos residuales residenciales en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico de Almería, tratando de valorar resultados mediante la aplicación de la escala de Letemendía, un baremo psicodramático nuestro y la observación directa cotidiana.

PALABRAS CLAVE

Psicodrama.
Esquizofrénicos residuales.
Rehabilitación.

INTRODUCCIÓN

A la primera Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama (Granada, octubre 1984) presentamos la comunicación: «Utilización del Psicodrama en Esquizofrénicos Residuales» (PINTADO et al.). Explicábamos que esta actividad venía enmarcada dentro del plan asistencial del Servicio de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico de Almería. Desarrollábamos unos objetivos, describíamos una metodología en la que englobábamos cómo habíamos seleccionado y agrupado a los pacientes, cómo organizábamos las sesiones y fases de cada sesión; resaltábamos algunos aspectos importantes en la aplicación de la técnica en estos pacientes. Hacíamos un breve comentario de cada paciente, y veíamos, por último, la repercusión en el grupo de egos auxiliares y en el hospital en general. Pero señalábamos en el apartado dedicado a la evolución de los pacientes que un número de seis sesiones por grupo con esquizofrénicos residuales nos había parecido insuficiente para hacer una valoración de resultados, aunque adelantáramos algunos.

El objeto de la presente comunicación es tratar de evaluar resultados, fundamentalmente en la evolución de los pacientes, sin olvidarnos del grupo de egos auxiliares y del hospital. Para ello contamos como principal soporte con la realización de 93 sesiones de una hora, repartidas en los tres grupos de la siguiente forma: 33 en el grupo I, 28 en el grupo II y 32 en el grupo III.

Con respecto a los tres grupos de pacientes han existido pequeñísimas variaciones. De los seis miembros del grupo I, falleció una paciente que fue sustituida por un paciente del grupo II. En el grupo II quedaron cinco pacientes, de los cuales uno fue dado de alta; pasó entonces un paciente del grupo III, quedando el II definitivamente con cinco. En el grupo III introdujimos un nuevo paciente, quedando 6 en el grupo. Resulta pues un total de 17 pacientes. Todos estos cambios se realizaron en el mes de noviembre de 1984, extendiéndose las sesiones hasta finales de junio de 1985.

MÉTODO

Se ha seguido realizando una sesión semanal de una hora por grupo. Se han continuado subdividiendo en

a) Preparación.
b) Escenificación.
c) Comentario de escenas con los pacientes.
d) Comentario sin los pacientes.

Naturalmente hemos seguido trabajando con observador, elaborando los protocolos de cada sesión y haciendo, a partir de éstas, una ficha individual de cada paciente en cada sesión. (Para mayor información, remitimos a la comunicación presentada en la I Reunión Nacional, pendiente de próxima publicación.) (PINTADO et al.).

A reseñar que la técnica se ha ido diferenciando cada vez más según el grupo con el que estuviéramos trabajando.

En el grupo I, la fase de escenificación se ha ido haciendo cada vez más larga, aumentando muchísimo la expresión verbal, complicando cada vez más los temas a dramatizar e introduciendo el conflicto decididamente, siendo bien aceptado por la mayoría de los pacientes, pasando a ser esta aceptación un buen índice de evolución positiva.

En el grupo II, también ha aumentado el período de escenificación pero en un grado mucho menor. Se ha trabajado fundamentalmente con escenas de temática familiar, pero siguiendo los principios de no forzar participación, disfrazar escenas y evitar conflicto.

En el grupo III, se tomó la decisión de abandonar la técnica de títeres, que como ya dijimos se reveló como muy útil para el primer acercamiento y aceptación, pero que fuimos notando que no daba muchas más posibilidades de desarrollo.

En su lugar introdujimos escenificaciones muy elementales de la vida cotidiana (presentaciones, saludos, comer, beber, pasear, etc.) con un mínimo de verbalización y haciendo hincapié en mímica y expresión corporal. Hemos desarrollado, pues, en este grupo una técnica de aprendizaje.

En todo momento hemos pretendido seguir criterios flexibles, sin anclarnos en ideas preconcebidas, basándonos en la respuesta de los pacientes sesión tras sesión.

En cuanto a edad y tiempo de estancia de los pacientes, ver cuadros I, II, III.

CUADRO I

Grupo I

Edad	H	M
30	1	0
31-45	2	0
46 o más	1	2

X = 46,33 años
RANGO: 29-39

Estancia	H	M
2-5	1	0
6-15	1	1
16+	2	1

X = 12,00 años
RANGO: 3-22

CUADRO II

Grupo II

Edad	H	M
30	0	0
31-45	2	0
46 o más	1	2

X = 47,80 años
RANGO: 36-59

Estancia	H	M
2-5	1	0
6-15	0	0
16+	1	2

X = 22,20 años
RANGO: 4-39

CUADRO III

Grupo III

Edad	H	M
30	0	0
31-45	1	0
46 o más	2	3

X = 53,00 años
RANGO: 39-64

Estancia	H	M
2-5	0	0
6-15	0	1
16 o más	3	2

X = 24,60 años
RANGO: 14-33

EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES

Como ya hemos señalado, ésta es la parte principal del objetivo de la presente comunicación. La hemos dividido en tres partes:

1. Evolución según la escala de Letemendía.
2. Evolución según baremo psicodramático.
3. Evolución observada en la vida cotidiana.

Evolución según la escala de Letemendía

Escuetamente recordamos que esta escala contempla dos campos: fenomenología y conducta, divididos en 9 ítems subdivididos a su vez de cuatro a seis posibilidades de puntuación, pudiendo alcanzarse desde un mínimo de 9 puntos a un máximo de 37. La menor puntuación es indicativa de un mejor estado del paciente, así como una puntuación alta indica lo contrario.

A todos y cada uno de los pacientes se les ha pasado la escala en dos ocasiones. La primera cuando conformamos los grupos en abril-84, antes de iniciar la práctica del psicodrama; a ésta la denominamos puntuación basal. La segunda, en julio-85, tras haber realizado todas las sesiones (33 en el grupo I, 28 en el grupo II y 32 en el grupo III); a ésta le llamamos puntuación actual.

En el grupo I (ver cuadro IV) cuatro de las seis pacientes bajan en puntuación (mejoría), uno no varía y otro sube un punto. Se puede hablar de una *leve mejoría* en la escala, bien expresada en la diferencia total, y sobre todo en la diferencia de media que arroja uno con seis puntos.

En el grupo II (ver cuadro V), se puede apreciar que la diferencia total y la diferencia de medias surge a expensas de la bajada en puntuación de un solo paciente, puesto que las otras cuatro no varían en absoluto. En este grupo se puede decir que *no ha habido variación* en la escala, salvo la excepción de un paciente que presenta una moderada mejoría.

En el grupo III (ver cuadro VI) cuatro de los seis pacientes bajan en puntuación, uno no varía y el otro sube dos puntos. La diferencia de puntuaciones totales y la diferencia de medias nos sugieren la existencia de una *leve mejoría* en la escala, de la que destacaríamos una notable mejoría de un paciente que baja seis puntos.

Comparando los tres grupos vemos que el que arroja mejor resultado es el III, que es el de mayores puntuaciones totales, es decir, el más defectual, seguido muy de cerca por el grupo I que es el de menores puntuaciones totales, o sea, el menos defectual, siendo el grupo intermedio en puntuaciones totales el que prácticamente se mantiene igual. Señalamos simplemente que el II es el grupo más disperso en cuanto a puntuaciones individuales, es decir, el menos homogéneo (debido fundamentalmente al paciente que pasamos del grupo III al II que puntúa 26, y que pensamos entonces que podía beneficiarse

CUADRO IV

Grupo I

PAC Punt.	JC	JF	JM	JS	AC	EF	Total	X
Basal	12	12	14	14	14	13	79	13,1
Actual	10	13	14	10	12	10	69	11,5
Diferencia	—2	+1	0	—4	—2	—3	—10	—1,6

CUADRO V

Grupo II

PAC Punt.	MS	FG	DE	IA	FA	Total	X
Basal	16	14	26	20	13	89	17,8
Actual	16	10	26	20	13	85	17
Diferencia	0	—4	0	0	0	—4	—0,8

CUADRO VI

Grupo III

PAC Punt.	GG	AM	AJ	SM	ML	VB	Total	X
Basal	27	23	27	18	20	18	133	22,1
Actual	21	25	24	18	18	14	120	20
Diferencia	—6	+2	—3	0	—2	—4	—13	—2,1

del cambio, cosa que no ha sucedido en absoluto) y que además hay una diferencia de cinco sesiones menos con el grupo I y de cuatro con el grupo III, y que esto último es indicativo de que ha habido más interrupciones en la cadencia de sesiones en este grupo de la que hubiésemos deseado.

Evolución según baremo psicodramático

En noviembre-84, cuando reiniciamos la práctica psicodramática y ya cada grupo había realizado seis sesiones en la etapa anterior, decidimos hacer un baremo con una serie de ítems que nos fuera de uso práctico para valorar la evolución de cada paciente dentro del propio psicodrama.

El baremo es el siguiente:

a) Adaptación al juego dramático.
b) Lenguaje. b_1 = verbal; b_2 = no verbal
c) Comprensión de situaciones planteadas.
d) Relación grupal (de cada paciente).
e) Capacidad de *insight.*
f) Psicomotricidad.
g) Distinción ficción-realidad.

Cada ítem puntúa de 0 a 3, y por lo tanto la puntuación oscila entre 0 y 24.

Hemos aplicado este baremo a cada paciente en dos ocasiones. La primera en noviembre, tras haber realizado seis sesiones cada grupo y la segunda en julio tras completar el número total de sesiones ya expresado. Para pasar este baremo nos basamos en las fichas individuales que tenemos de cada paciente en cada sesión, en las que señalamos lo más significativo de cada uno en los protocolos de las sesiones. Volvemos a llamar puntuación basal a la primera recogida y puntuación actual a la segunda.

Las puntuaciones basales ya denotaban unas claras diferencias dentro del psicodrama según el grupo.

En el grupo I (ver cuadros VII, VIII y IX), con 63 puntos totales y 10,5 de media, el grupo II con 34 puntos totales y 6,8 de media y el grupo III con 27 y 4,5 respectivamente.

Las puntuaciones individuales oscilaban en el grupo II de 5 a 9, en el III de 2 a 7, mientras que en el I quedaban de 4 a 14, hecho que hace bajar la media por la puntuación de una paciente que según el método seguido para la formación de grupos encajaba en el grupo I, pero que ha demostrado una fuerte inhibición ante la actividad psicodramática y prácticamente no se ha beneficiado en nada de ésta.

En cuanto a la evolución de los pacientes en este baremo vemos:

En el grupo I (ver cuadro VII), de los seis pacientes, tres aumentan notablemente de puntuación, dos moderadamente y una, la ya comentada, levemente. Ello arroja una diferencia total de +24 y un aumento en la media de 4 puntos, que insistimos, hubiera sido mayor sin la ex-

BAREMO PSICODRAMÁTICO

CUADRO VII

Grupo I

PAC Punt.	JC	JF	JM	JS	AC	EF	Total	X
Basal	9	14	14	10	12	4	63	10,5
Actual	12	20	20	13	17	5	87	14,5
Diferencia	+3	+6	+6	+3	+5	+1	+24	+4

CUADRO VIII

Grupo II

PAC Punt.	MS	FG	DE	IA	FA	Total	X
Basal	6	6	5	8	9	34	6,8
Actual	11	13	5	11	13	53	10,6
Diferencia	+5	+7	0	+3	+4	+19	+3,8

CUADRO IX

Grupo III

PAC Punt.	GG	AM	AJ	JM	ML	VB	Total	X
Basal	3	7	3	2	5	7	27	4,5
Actual	5	10	6	8	7	8	44	7,3
Diferencia	+2	+3	+3	+6	+2	+1	+17	+2,8

cepción de la paciente reseñada (concretamente la diferencia de medias, prescindiendo de esa paciente hubiera sido de 4,6). Se puede hablar de una *entre moderada y notable* mejoría en el baremo.

En el Grupo II (ver cuadro VIII), de las cinco pacientes, dos aumentan notablemente de puntuación, dos moderadamente y uno no varía. Aparece una diferencia total de +19 y un aumento en la media de 3,8 puntos. Podríamos hablar de una *moderada mejoría* en el baremo. A señalar, que el paciente que sube 7 puntos es el mismo a expensas del cual bajaban la puntuación total y la media del Grupo en la escala de LETEMENDÍA, mientras que las demás permanecían invariables. Y a señalar también que el paciente que no varía en este baremo es el que ya dijimos que pasamos del Grupo III al II pensando en que se beneficiaría del cambio, hecho que evidentemente no ha sucedido.

En el grupo III (ver cuadro IX), de los seis pacientes, tres aumentan levemente de puntuación, dos moderadamente y una notablemente. La diferencia de puntuación total es de +17 y la diferencia de media de +2,8. Aquí la excepción, y la que hace subir la media, es la paciente que aumenta 6 puntos; hay que resaltar que es la que presentaba menor puntuación basal, habiendo obtenido sus dos puntos, uno en «Comprensión de situaciones planteadas» y el otro en «Psicomotricidad», habiendo puntuado cero en el resto de los ítems. En la puntuación actual obtienen 8 puntos al valorársele 1 punto en cada ítem. En la escala de LETEMENDÍA la paciente no variaba entre basal y actual.

Una vez comentada la excepción, podríamos hablar en este grupo de una *leve mejoría* en el baremo.

En el apartado de método ya habíamos referido las diferentes formas en que se había desarrollado la actividad dramática en cada grupo. Allí donde ha habido más posibilidades de desarrollo del juego dramático, es donde se recogen los mejores resultados en el baremo psicodramático, siendo éstas descendentes del grupo I al grupo III.

Evolución observada en la vida cotidiana

La observación directa de los pacientes en unidades de crónicos tiene en su contra, fundamentalmente, que son muchos (180 en nuestro Hospital); y a favor, que se les puede ver día tras día. De todas formas, el equipo asistencial, sobre todo, en este caso, los ayudantes sanitarios, han hecho un esfuerzo para aumentar la observación en cuanto al comportamiento, conducta, relación, verbalizaciones, etc., de los pacientes con los que se ha trabajado en psicodrama.

Para entendernos con una nomenclatura, usamos los términos de evolución:

a) Notable.
b) Moderado.
c) Leve.
d) Inapreciable (ya que no se ha observado ningún empeoramiento).

Sabemos de la subjetividad e inexactitudes de esta pequeña clasificación, pero en nuestro descargo diremos que hemos sido muchos los observadores y durante bastante tiempo y con esto no nos referimos sólo a los meses de psicodrama, sino al conocimiento que tiene el equipo asistencial de estos pacientes desde hace algo más de tres años.

Como ejemplos orientativos de lo que hemos llamado notable, moderado, leve e inapreciable, citamos uno de cada clase:

Paciente J. C.: «Mucho más sociable y comunicativo. Sale todas las tardes del hospital, solo. Mayor capacidad y aprovechamiento en el trabajo. Clara disminución de estereotipias y manierismos». Hemos clasificado este caso de *notable* variación.

Paciente A. C.: «Se ha mantenido más estable en general y algo más comunicativa. Ha consen-

OBSERVACIÓN DIRECTA

CUADRO X

Grupo I

PAC Evolución	JC	JF	JM	JS	AC	EF	Total
Notable	X		X				2
Moderada		X			X		2
Leve							0
Nula				X		X	2

CUADRO XI

Grupo II

PAC Evolución	MS	FG	DE	IA	FA	Total
Notable						0
Moderada						0
Leve		X			X	2
Nula	X		X	X		3

CUADRO XII

Grupo III

PAC Evolución	GG	AM	AJ	JM	ML	VB	Total
Notable							0
Moderada		X			X	X	3
Leve	X						1
Nula			X	X			2

tido en hacer alguna salida del hospital. Se ha apuntado para el viaje de 10 días a Galicia». Hemos calificado de *moderada* variación.

Paciente G.G.: «Cuida más su aspecto personal. No rechaza relación, respondiendo a relaciones mínimas». Hemos calificado como *leve* variación.

Paciente A. J.: «Prácticamente sin variación». Hemos calificado de *inapreciable* variación.

Veamos ahora por grupos:

En el grupo I (ver cuadro X), 2 pacientes evolucionan notablemente, 2 moderadamente y en 2 no se aprecia variación. Se podría hablar de una *moderada* evolución positiva del grupo.

En el grupo II (ver cuadro XI) 2 pacientes evolucionan levemente y en 3 no se aprecia variación. Se podría hablar de una entre *inapreciable* y *leve* evolución del grupo.

En el grupo III (ver cuadro XII) 3 pacientes evolucionan moderadamente, 1 levemente y en 2 no se aprecia evolución. Se podría hablar de una *leve* evolución del grupo.

En términos globales resulta para esta observación directa:

10 pacientes evolucionan positivamente (2 de forma notable, 5 moderadamente y 3 levemente) y en 7 pacientes la evolución es inapreciable. No se han detectado empeoramientos.

COMPARACIÓN ENTRE LAS TRES FORMAS DE EVALUACIÓN UTILIZADAS

En el cuadro XIII incluimos las valoraciones globales que hemos hecho en el apartado III. Vemos rápidamente que en el grupo III hay coin-

cidencias entre las tres valoraciones. Esto ocurre, pues, en el grupo más defectual en el que dijimos que se utilizó una técnica prácticamente de aprendizaje.

En el grupo II prácticamente coincide la valoración en la escala Letemendía con la realizada por observación directa. En cambio, se recoge en el baremo una moderada evolución positiva. Semana tras semana, cada viernes hemos visto a los componentes de este grupo esperar a la puerta del local donde se realiza el psicodrama, a que dieran las 12 y empezáramos, sin haberles llevado nadie. Han preguntado en unidades y talleres si era ya la hora para asistir. En sus comentarios tras las escenas casi siempre han expresado que habían estado cómodos, que se habían sentido bien.

Efectivamente, en este grupo las escenas han transcurrido siempre muy tranquilas, cualquier intento de introducir algún pequeño conflicto en la escena, siempre fue o rechazado expresamente o las más de las veces inhibía a los pacientes. La espontaneidad ha brillado por su ausencia. Prácticamente nunca, alguna intervención de ellos ha modificado la escena planteada.

Se ha podido introducir muy poca fantasía en las escenas. El psicodrama no les ha modificado apenas, pero eso sí, lo han acogido callada y disciplinadamente como otra actividad periódica más a realizar, y lo han hecho con regularidad; por ello en la propia práctica psicodramática han mejorado.

En el grupo I parece claro que hay evolución positiva, recogida como *leve* en la escala de Letemendía y como *moderada* en la observación directa. La neta mejoría en el baremo, dentro de la actividad psicodramática, entre moderada y notable, sí parece reflejarse aquí en la evolución positiva de los pacientes. Estos pacientes han propuesto escenas a realizar ellos solos o han ayudado en su preparación. Han puesto interés y espontaneidad en la escenificación, y ello ha permitido que poco a poco se hayan realizado escenas más complejas, más largas, cada vez más cargadas emocionalmente y admitiendo poco a poco la existencia de conflicto, que ellos resolvían dentro de la dramatización. Es, en resumen, con los que se ha podido realizar una más completa técnica de psicodrama.

EVOLUCIÓN DEL GRUPO DE EGOS AUXILIARES

El grupo aumentó en número considerablemente al solicitar los ayudantes sanitarios de rehabilitación que no pudieron realizar el primer cursillo preparatorio que se les impartiera otro de similares características. Se realizó un cursillo intensivo de tres días. Ello sirvió para que al incorporarse más egos auxiliares, se obviaran problemas de turnos de trabajo y siempre contábamos con número suficiente para realizar las sesiones.

Creemos que hemos seguido mejorando nuestra técnica psicodramática y aumentando el grado de participación del auxiliar sanitario.

Pensamos que en los últimos tiempos comenzaba a producirse un lógico cansancio en el grupo, como en toda actividad que se institucionaliza y se repite tan frecuentemente. A señalar que ese cansancio parece haber sido mayor en los miembros de titulación superior y media, quizás por el hecho de que al trabajar en turno fijo son los que han hecho todas las sesiones, mientras que los ayudantes sanitarios se han ido turnando. Además la responsabilidad de las tareas de dirección, observación y confección de fichas han recaído en los técnicos.

De todas formas, en la actualidad, que estamos en etapa de descanso en cuanto a esta actividad, se evidencia en la mayoría de miembros la voluntad de reanudar el psicodrama, pasado el período vacacional.

EVOLUCIÓN EN EL HOSPITAL

El hecho anteriormente señalado de solicitar otro cursillo, ya indica que creció el interés en el hospital por la actividad psicodramática.

CUADRO XIII

	Grupo I	Grupo II	Grupo III
Letemendía	Leve	Inapreciable	Leve
Baremo	Moderado - Notable	Moderado	Leve
Observ.	Moderado	Inapreciable - Leve	Leve

Los auxiliares sanitarios presentaron una comunicación sobre aplicación del psicodrama al VII Congreso de Auxiliares Psiquiátricos.

Con todo lo que conlleve de positivo y de negativo el término, podemos decir que el psicodrama se ha institucionalizado en el centro.

Hemos tenido algunos problemas de *resistencias* por parte administrativa, como no concedernos un local más idóneo que solicitábamos y haber tenido que compartir nuestro local durante varios meses con otras actividades asistenciales, con lo cual había perjuicio para todos. Y a señalar también el claro *rechazo* que se produjo por parte de algunos técnicos superiores en cuanto a ubicar el psicodrama en el área que se iba a utilizar para otras técnicas de psicoterapia. Pero en términos generales podemos hablar de una buena aceptación.

CONCLUSIONES

Globalmente podemos decir que la utilización del psicodrama como técnica grupal dentro del contexto del servicio de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico de Almería ha arrojado resultados positivos en cuanto a la evolución de los pacientes (esquizofrénicos residuales) y en cuanto al equipo asistencial de una forma directa. Más indirectamente influye sobre el hospital en general al mejorar participación y formación de parte del personal y hacer crecer el interés hacia técnicas activas de terapia grupal.

Matizando en cuanto a la evolución de cada uno de los grupos de pacientes, se puede señalar que el grupo I, el menos defectual, con edad media más joven y con menor tiempo de estancia media es el que más se ha beneficiado. Le sigue en evolución favorable el grupo III que paradójicamente es el más defectual, con la mayor edad media y con más dilatado tiempo medio de estancia. En el grupo II, Grupo intermedio en cuanto a defecto, edad y tiempo de estancia, no se refleja la evolución positiva en su estado cotidiano.

Creemos que de este hecho se puede concluir que el mayor beneficio es para aquellos psicóticos con los que se puede desarrollar un juego dramático pleno, con capacidad de espontaneidad, fantasía y manejo de conflictos escenificados, como son los pacientes del grupo I.

En residuales tan sumamente regresados como los del grupo III, queda reducida la técnica en una tarea de movilización y entrenamiento, resultando que aparece una evolución positiva, pero en aspectos muy elementales.

A los psicóticos crónicos del grupo intermedio no les sirve una simple tarea de movilización y entrenamiento, pero tampoco llegan a desarrollar suficientemente las posibilidades que les ofrece la dramatización.

BIBLIOGRAFÍA

HARRIS, A. D., LETEMENDÍA, F. J. J. y WILLEMS, P. J. A. (1967): *A rating scale of the mental state.* Brit. J. Psychiat, 113, 941-49.

LÓPEZ SÁNCHEZ, J. M. (1982): *El Psicodrama en Psiquiatría Clínica.* Círculo de estudios psicopatológicos.

PINTADO, A., MEZQUITA, J., DÍAZ, J., FÁBRE GA, M.ª ÁNGELES y SOLER, Roza (1984): *La escala de Letemendía en la evaluación del proceso rehabilitador.* Fobia Neuro-psiquiat., 19, 181-88.

PINTADO, A., DÍAZ DEL PERAL, D., BLÁNQUEZ, P. y CHINCHILLA, A. P. (1984): *Utilización del Psicodrama en Esquizofrénicos Residuales.* (Pendiente de próxima publicación.)

GRUPOS ESPECÍFICOS Y PSICODRAMA

JOSÉ ANTONIO ESPINA BARRIO
Coordinador de la Ponencia

PALABRAS CLAVE

Ancianos
Terapia de grupo
Prisión o delincuencia juvenil
Psicodrama
Psicogeriátricos
Escuela

KEY WORDS

Elder
Group Psychotherapy
Jail, Prison or Juvenile Delinquency
Psychodrama
Psychogeriatrics
School

ASPECTOS COMUNES DE LOS GRUPOS ESPECÍFICOS

A pesar de la enorme diversidad de G.E., tanta como clases sociales, edades, situaciones vitales o diferentes grados de marginación que existen en la sociedad, lo cierto es que la puesta en marcha de un grupo de estas características oscila dialécticamente entre el etiquetado y el desetiquetado social.

Es preciso realizar algunas puntualizaciones acerca de los límites contextuales de lo que entendemos por G.E. De lo contrario se incurriría en graves errores relacionados con la finalidad y los objetivos; de tal manera que lo que pretendía ser un instrumento rehabilitador de aquellas personas orilladas de lo social, se convierte en fuente de conflicto social, originándose una conflagración inútil que, las más de las veces, acaba marginando aún más a aquellos que pretendía *redimir*. En este sentido hay que remarcar que el G.E. marca un punto de inflexión en el campo social que se aplica. Es decir, acentúa y abre dicho campo en relación con el resto de la sociedad. Crea canales de contacto y lugares de encuentro. Facilita el juego y promueve el distanciamiento y la desdramatización. Suaviza las fronteras y fluidifica el tránsito, primero dentro de lo imaginario y después dentro de lo real. La escena es la artífice del encuentro y es en ella donde se juegan los dramas. Pero de poco serviría hablar de la escena si no tuviéramos en cuenta la creatividad y para hablar de ella nos referiremos a SCHROEDER, M. y GONSETH, J. P.[60] quienes realizan una aproximación psicoterapéutica basada en las artes, el trabajo creativo y las realizaciones figurativas. De esta forma ayudan a satisfacer los anhelos humanos, consiguen una mejor percepción y una realización creativa de sus deseos y esperanzas así como una conquista de sus temores. Estos autores trabajan con cuentos de hadas y señalan cómo éstos tienden puentes de entendimiento de la vida cotidiana y cómo su trabajo se hace en equipos, éstos expresan su necesidad básica de incorporarse como un miembro más de la comunidad. Las situaciones vitales, las constelaciones emocionales y los patrones conductuales son visualizados por medio del dibujo, la pintura, el

modelado, etc.; la técnica es elegida por el protagonista y su realización es enfocada analíticamente por medio de asociaciones libres.

Para BUCHANAN, A. R. y DUBBS-SIROKA, J.[12] el psicodrama está indicado para psicóticos refugiados en su mundo imaginario, veintiañeros hundidos en las drogas, amas de casa solas y deprimidas, ancianos viviendo con sus yernos o solos, etc. También habla de su uso en supervisión o en grupos específicos: sordos, ciegos, minusválidos, niños, adolescentes, alcohólicos, hispanos, etc. En los grupos hospitalarios su finalidad es orientadora, centrada en la vida hospitalaria y en los reingresos. Recomiendan una terapia general con énfasis en las intervenciones en crisis.

Las metas que ellos ven se pueden resumir en:

1. Ayudar a los pacientes a resolver situaciones inmediatas y stress internos que interfieran con su problemática actual.
2. Examinar los roles del sujeto y las relaciones interpersonales.
3. Desarrollar las habilidades necesarias que prevengan futuras crisis.
4. Oportunidad de expresar determinados sentimientos ocultos o clarificar otro tipo de alternativas.

El desarrollo ontogénico de la persona humana y el psicodrama están muy vinculados por medio del concepto de transformación. JOHNSON, A. R.[34] describe 5 procesos de desarrollo de la terapia dramática:

1. Estructura de la situación.
2. Medio de expresión utilizado.
3. Grado de complejidad.
4. Intensidad de afecto que puede ser tolerada sin incremento de la ansiedad.
5. Demanda interpersonal experimentada en la interacción con los otros.

En aquellas personas que hay un desajuste entre su desarrollo personal y el social proponen trabajar aquellos niveles de expresión perdidos. Siguiendo con esta perspectiva evolutiva LEUTZ, G.A.[43] estudia las correspondencias entre el psicodrama y el desarrollo infantil. En este sentido subraya las aportaciones del creador del psicodrama por las que se ha pasado del individuo a la interacción y del paciente objeto al coparticipante. Entiende el Tele como una empatía de dos vías y correlaciona la relación empática madre-niño con la técnica psicodramática del Doble. Continuando con la Teoría de la Espontaneidad en el Desarrollo Infantil sigue a MORENO, J. L.[50] y explica los dos universos infantiles. El primero abarca la Matriz de Todo-Identidad, caracterizada por la Unidad de Interacción entre la madre y el niño. Esta Placenta Social crea el modelo primario de todos los futuros Tele-procesos, y la Matriz de Todo-Realidad donde el niño comienza a diferenciar entre las personas y los objetos que le rodean. Pero en el juego de presencia-ausencia de los objetos, la falta de éstos es vivida como una pérdida por lo que se corresponde con la semirrealidad del juego psicodramático.

En el segundo universo infantil la espontaneidad abre una brecha entre la Fantasía y la Realidad. A partir de entonces el niño es capaz de reconocer los roles antes de actuarlos y también una actuación de los mismos antes de reconocerlos.

Si nos hemos detenido un poco más en este autor es porque subraya la importancia de la espontaneidad, pues es la que marca el punto de inflexión entre el primer universo y el segundo universo infantil, y de la creatividad: «La representación de acontecimientos y roles reales en la semirrealidad, así como la actuación de fantasías y roles imaginarios en la realidad extra son una expresión de la creatividad. La creatividad siempre amplía los horizontes de una persona y su integración en el mundo. Da sentido a la vida».

El incremento de la espontaneidad y de la creatividad que proporciona el psicodrama hace que esté muy indicado en los trastornos narcísicos que nos habla KOHUT (1977). Este autor ha observado una evolución clínica que va del Hombre-Culpa al Hombre-Trágico. Se caracteriza este último por el sentimiento de que todo carece de sentido, incluidas las relaciones interpersonales, la falta de goce, la acción y la responsabilidad. Por ello la terapia clásica psicoanalítica no vale para este tipo de hombre y propone una Psicología del Yo y cuyo énfasis terapéutico se traslada al crecimiento y a la relación empática con un sujeto sometido a un medio que lo cosifica e impide su desarrollo. Ni que decir tiene que gran parte de los grupos específicos encuadran en sus filas determinados trastornos narcísicos por lo que el intento de LEUTZ, G.A. de acercar la Psicología del Yo y el Psicodrama no nos parece vano, teniendo en cuenta que la teoría psicodramática, hoy por hoy, es capaz de enriquecerse de fuentes muy diversas sin por ello temer la disolución de su identidad propia y refugiarse en enfoques rígidos que

intentan adaptar la realidad a su única óptica.

Después de perfilar someramente los límites contextuales, las indicaciones y las correlaciones del psicodrama con la evolución humana, profundizaré en lo que el grupo específico puede significar para sus componentes. Es por ello que estos tres rasgos los denominamos experiencias y que como tales se pueden vivir sucesivamente o a la vez, pero que a efectos expositivos serán claramente divididos.

Experiencia de límite

El G.E. como tal marca los contornos o fronteras de un subgrupo social. Esto es lo primero que uno percibe cuando se integra en tal grupo. También es lo más denunciado; se acusa al G.E. de segregador, fondo de saco, marginador, etc. Habitualmente se acusa siempre lo más evidente y por ende lo más superficial.

Que el G.E. es un límite está claro, pero lo que esto significa no. Además de marcar el relieve dentro del mapa social, lo que significa para el integrante es una contención que hace que el sujeto no se derrame y se confunda en el líquido social. El grupo sella los agujeros de una matriz de identidad que por momentos corría el riesgo de disolución. Aunque se señale que es mejor una identidad a toda costa que no tener ninguna. Creo que es importante decir algo de este proceso de sellado. La necesidad de un límite se hace evidente y no en vano los grupos de ancianos revisan su juventud, los escolares juegan su adultez, los delincuentes su libertad, los toxicómanos su adicción, etc. Pero para todo esto hay que partir de un punto que es el rol que uno tiene de: anciano, escolar, delincuente, toxicómano, etc. y los límites que el G.E. marca a este rol. No es un detalle mínimo el que por ejemplo en los grupos de toxicómanos generalmente se condicione su existencia a que los sujetos acudan libres de drogas o que los grupos de delincuentes se hagan con presos en libertad condicional, etc. Ésta es la línea que contornea y diferencia al marginado integrante del G.E. de aquellos que no lo están. Se establece una frontera dentro del subgrupo social. Su límite es la contención del sujeto que juega dialécticamente su pertenencia y su exclusión, la primera en tanto se declara como miembro de un grupo marginado, la segunda en cuanto se diferencia del mismo por su capacidad de dominio frente a la causa de su orillamiento social.

Es peculiar la situación en la que se encuentra la persona que se integra en estos grupos. Posición de dominio y de debilidad. De fuerza en tanto puede orgullosamente exhibir su poder frente a sus pares, de flojedad pues el diferenciarse de sus iguales ya no forma parte de su grupo y todavía no ha sido admitido en otro.

Esta experiencia de frontera no solamente acaece al principio de los G.E. sino que se mantiene a lo largo de la evolución de los grupos, pues la continencia, en este caso, es la bisagra que abre la puerta a las nuevas posibilidades existenciales.

Pero la abstinencia sola no basta, salvo que el deseo sea la simple represión. Es necesaria la creatividad y la espontaneidad que implementen los proyectos del sujeto o creen unos nuevos de tal forma que la contención pase progresivamente a un segundo plano. Luego sólo los programas asistenciales que lleven implícita esta segunda parte pueden entenderse como psicoterapéuticos.

Experiencia de Transición

Lo más característico del G.E. es *el pase,* es decir la transición. Ésta, como señala FERNÁNDEZ MARCH, T.[25], se opera a varios niveles. Para ella el grupo es el espacio transicional entre la familia y el exterior en el adolescente toxicómano. En el psicodrama se opera la resolución de la fusión con la madre y la *actuación* de las carencias afectivas, pues la dramatización rescata los mensajes ligados a los primeros vínculos objetales.

El G.E. se constituye como lugar de paso, andén del ferrocarril de la vida en el que es preciso informarse del destino, costearse el billete (E. de Límite) y saber esperar la hora de partida. Compartiendo con los otros viajeros sus diferentes destinos, las dificultades del viaje, las novedades del camino y los avatares del destino. Recibiendo y dando la información básica que le permita a uno cambiar de lugar en el espacio social.

Es un ágora donde la caída de alguno no produce la dispersión, sino el apoyo mutuo. Es el lugar de encuentros y desencuentros en el que, idealmente, unos vienen y otros van. Espacio de esperanza y de adiós; en él se juega el anhelo por lo desconocido y el temor por lo nuevo.

Hay veces que la ambivalencia se refiere al destino y el interesado no sabe qué dirección tomar, por eso el G.E. abre un tiempo de reflexión que facilite esa decisión y evite el deambular sin rumbo fijo; lo que daría lugar a retornar a la marginación.

Al ser lugar de transición la finalidad del grupo es la salida de sus miembros, de ahí que para que sea terapéutico ha de mantener siempre su provisionalidad. Por eso los temas grupales, en el inicio del grupo, suelen ser monográficamente los que aluden a la situación marginante. Esto no puede ser siempre el eje que vertebre la evolución, ya que se convertiría en un grupo de *ex* cuya única finalidad es la ya reseñada por ejemplo Grupo de Ex alcohólicos que se reúnen para hablar de alcohol. Lo que otorga a un grupo su carácter psicoterápico es el progresivo paso de la monotemática marginadora al desarrollo de planes existenciales, pues el estar al margen de lo social es un síntoma de otras problemáticas subyacentes que precisan ser elaboradas para que el sujeto se reintegre en la sociedad.

Experiencia de muerte y de renacimiento

Toda evolución personal conlleva un duelo y un rehacer una situación distinta. En los grupos específicos la muerte de la marginación se hace con dolor, pues aunque penosa para el sujeto le proporciona una identidad y posibilidad de interrelación que se *pierde* en las etapas de transición. Por eso el trabajo de duelo es una etapa indispensable en todo grupo, porque da lugar a la creación de nuevas expectativas y sobre todo por la apertura hacia una nueva realidad en la que el individuo se incorpora. A este respecto y a pesar de referirse al entrenamiento Médico-Psicológico, reseñamos la aportación de SCHMITZ-GIELSDORF, R.[58] quien describe tres formas diferentes de psicodrama:

1. Psicodrama catártico que posibilita el entrenamiento de la percepción tanto del sí mismo como la interpersonal.
2. Psicodrama psicopedagógico que explora la relación médico-paciente y también la cooperación profesional y las diversas variables que se dan en una definición operativa de la educación.
3. Psicodrama basado en la psicología profunda por el cual los estudiantes adquieren dichos constructos.

Si aludimos a estas formas de hacer psicodrama es porque el trabajo de duelo se puede hacer en cualquiera de los tres niveles; y como ejemplo de esta tarea vamos a tratar con cierta extensión las aportaciones de DENNY, G. M. y LEW, L. J.[21] en su artículo: *Trabajo de duelo con toxicómanos.* Estos autores parten de la hipótesis de que la resolución de las pérdidas irresueltas pueden favorecer la decisión de abandonar las drogas. Es decir, en vez de proponer el duelo de las sustancias proponen el duelo de lo que simbolizan. El proceso del duelo es dividido en 6 fases que son explicadas al grupo:

1. Shock.
2. Negación de la pérdida.
3. Depresión.
4. Cólera.
5. Culpa.
6. Aceptación y resolución.

Los factores terapéuticos de este tipo de grupos son:

1. Aprendizaje de sus compañeros de la forma en que transmitan las crisis de separación y pérdida.
2. Identificación con sus padres.
3. Consolidación del compromiso de resolver el duelo por medio del eco grupal.
4. Confrontación con los otros compañeros.
5. El proceso grupal favorece la identificación con los otros y también el modelo de roles. En base a estos beneficios curativos del grupo se pensó que: *a)* los asistentes se sentirían menos deprimidos que el grupo control y *b)* en el test posterior de control con los miembros del grupo habrían mostrado un mayor grado de desarrollo del proceso resolutivo del duelo que el grupo control.

Se escogieron 22 sujetos de un grupo de 30 pacientes con duelos irresueltos y se hicieron dos grupos con similar porcentaje de sexo y raza. Todos llevaban al menos 3 meses de tratamiento y tenían un diagnóstico primario y secundario de dependencia al alcohol y a las drogas.

En ambos grupos (Tratamiento y Control) se utilizó como Test y Retest el Inventario de la Depresión de Beck y dos Cartas de Adiós en la primera y quinta sesión (el grupo se reunió en 5 sesiones semanales de tres horas de duración). «Las instrucciones eran dirigir la carta a una persona amada que uno ha perdido. El tema de la carta debería ser: ¿Qué sentí cuando te perdí, qué me ha ocurrido desde que te fuiste y ¿qué voy a hacer a partir de ahora?». Estas cartas fueron medidas conforme a una escala de 4 puntos según las siguientes valoraciones:

a) Expresión de sentimientos en relación a la persona perdida.
b) Expresión de sentimientos en relación con uno mismo.

c) Visión del futuro.
d) Planes específicos.
e) Articulaciones.

Se rellenó también un Cuestionario sociodemográfico de 20 ítems.

El grupo de duelo es del tipo de grupos de tarea, semidirigidos con juego de roles y expresión de los sentimientos, siendo la última sesión una revisión del proceso de duelo de cada uno expresado por medio de la segunda carta de adiós.

De los resultados, lo más significativo era la disminución de puntaje en el Cuestionario de Beck en el grupo de tratamiento en el Retest.

En cuanto a la carta en el grupo de tratamiento se observó un incremento de la expresión de los sentimientos hacia la persona perdida y hacia sí mismo, así como un aumento general en ambos grupos, de puntajes de la segunda en relación con la primera. En el grupo control se encontró una menos concreción de los planes de futuro. A pesar de todo, la diferencia entre ambos grupos no era estadísticamente significativa lo que podría deberse a:

a) El pequeño tamaño de la muestra.
b) La escasa fiabilidad del instrumento de medida.
c) Algunos sujetos podrían haberse beneficiado mejor de un trabajo de duelo más prolongado en el tiempo.

La indudable mejoría en la Escala de Beck hace pensar que este tipo de grupos es útil no sólo para los duelos irresueltos de los toxicómanos sino para todo tipo de grupos que traten de resolver las pérdidas; por ejemplo estudiantes que han perdido un colegial, empleados cuyo compañero ha fenecido, retirados cuya vida activa ha perecido, viudos, viudas, padres a los que se les muere un hijo. Además esta aproximación terapéutica, concluyen los autores, puede ser utilizada por terapeutas de diversas orientaciones.

Tras la resolución del duelo adviene la etapa de renacimiento. El sujeto, con las fuerzas renovadas por la introyección de la persona perdida, elabora nuevos planes que son el origen de la despedida del grupo específico y el inicio de nuevas relaciones interpersonales que pongan fin a la muerte, la cual origina un incremento de la ansiedad del que nos referimos, en el ámbito docente, en un trabajo previo*.

* ESPINA BARRIO, J. A.: «La enseñanza de la relación terapéutica de la Clase Magistral al Seminario Activo con Juego de Roles». En *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.* Vol. VII, n.º 22 (399-409) 1987.

ANCIANOS

Incluso los ancianos mentalmente sanos sufren en las instituciones de depresión, aislamiento social y desmoralización. LESZCZ, M. et al.[42] proponen unas modificaciones en el papel del líder del grupo —«alta actividad y apoyo, transparencia terapéutica, interpretación e integración del discurso grupal»— que facilitan el proceso terapéutico. Hacen alusión a la revisión de la vida pasada, las actuales teorías del narcisismo y las consecuencias de los esfuerzos del hombre por mantener la fuerza y el sentido del *self* frente a las recurrentes pérdidas y heridas narcisistas.

Del compromiso de roles, ALTMAN, K. P.[2] y de los temas comunes de estos grupos no vamos a referirnos pues se encuentra explicitado en un trabajo nuestro anterior, ESPINA BARRIO, J. A.[24], pero sí que nos detendremos en lo que para BUCHANAN, D. R.[11] significa la aproximación humanística al tratamiento de los viejos. Dentro del programa hospitalario HOPE (Helping Older People Effectively) se aplica una modalidad de psicodrama focalizada en un tema central. «Además de la catarsis la meta de esta técnica es el incremento de la espontaneidad y de la creatividad en los miembros del grupo que se explicitan por el nacimiento de nuevos roles y afectos entre sus componentes». «Un aspecto importante del psicodrama geriátrico es el uso de medios audiovisuales que proveen un *feedback* inmediato de los roles que desempeñan con los otros miembros del grupo». Este psicodrama ayuda a reconocer nuevos roles o a revivir los perdidos; para ello acude a las reminiscencias, es decir, a los roles que les gustaron hacer o que les dieron felicidad. No es pues de extrañar que se utilicen como iniciadores perfumes o discos de los años 20, 30 y 40, que son la base para retraer los antiguos roles y el firme para desear otros nuevos. «A través de la acción, el mimo, el juego de roles y el movimiento los individuos son animados a encontrarse con su medio, los otros miembros del grupo y ellos mismos. El psicodramatista, en una aproximación dinámica, ayuda a desarrollar una particular esperanza, deseo o sueño. Cuando una esperanza o un sueño son dramatizados se perfila las metas y planes específicos para la creación de un sueño de hoy».

CARMAN, M. B. y NORDIN, S. R.[15] trabajan también en instituciones de cuidados para ancianos y encuentran que el psicodrama está especialmente indicado en el alivio de la depre-

sión secuente a la soledad y a la pena por la pérdida no asumidas; siendo un espacio para expresar los sentimientos reprimidos de abandono, temor y enojo.

No solamente se benefician los ancianos mentalmente sanos del psicodrama sino también aquellos cuyos desórdenes paranoides les ha llevado al aislamiento. El grupo anima a la interrelación y a pesar de su avanzada edad se produce un *insight* parcial de sus delusiones y un aprendizaje social, HOLZWARTH[33].

En la revisión de KOCKOTT, G.[39] se especifica que los métodos psicoterapéuticos deben ser adaptados a las particularidades de las personas de edad, por ejemplo tiempo y límites del contenido, procedimientos activos, etc. El psicoanálisis individual es posible para unos pocos ancianos, por lo que es más frecuente la terapia grupal. Los métodos de modificación de conducta presentan nuevas posibilidades en áreas alejadas de la psicoterapia: síndromes cerebrales orgánicos y pacientes crónicos institucionalizados. La socioterapia es una parte importante del campo psicogeriátrico y en esta línea se están iniciando trabajos con grupos de familiares de ancianos. Las indicaciones de la psicoterapia deberían ser cuidadosamente señaladas teniendo en cuenta la «neurotización normal» de los ancianos. Son muy pocos los esfuerzos que demuestran la efectividad de estos métodos y los que existen se refieren fundamentalmente a la aplicación de las técnicas de modificación de conducta.

Las demencias seniles se han apartado tradicionalmente de la grupoterapia, por lo que no dejamos de reseñar el trabajo de GUIMON UGARTECHEA, J.*, pero tal vez lo más interesante sean las intervenciones de ZARIT, S. H.[71] con los familiares. En estos grupos se incluye información educativa acerca de la enfermedad, resolución de problemas y apoyo. Las modalidades terapéuticas oscilan entre el consejo a los cuidadores, reuniones de familiares y los grupos de apoyo para los asistentes.

LIEBERMAN, M. A. y GOURASH, N.[45] estudiaron el impacto del SAGE (Senior Actualization and Growth Encounter) en la vida de los participantes ancianos. No es una terapia de grupo tradicional, sino un programa grupal basado en la filosofía y tecnología del movimiento de potencial humano. Se desarrolla como un pequeño grupo de profesionales y legos. Los ancianos no son tratados como personas débiles y declinantes, con unas necesidades primarias de confort y seguridad, sino como adultos capaces de desarrollar al máximo sus propias capacidades. Además, el programa prevé una serie de actividades en la línea antes citada. Con esta ideología acabamos este tema del, hasta ahora, tan poco explorado mundo de los longevos. En relación con esto último destacamos la revisión histórica de PARHAM, I. A. et al.[53] en la que señala que los grupos con ancianos comenzaron en los años cincuenta y a través de ensayos de acierto y fracaso se diseñó una metodología que consistía básicamente en: apoyo, intervenciones grupales focalizadas en el líder, y énfasis en la adquisición de habilidades cotidianas más que en la introspección y el cambio personal. La mayor parte de los grupos acudían a las reminiscencias, las discusiones de asuntos personales y el incremento de actividades que reforzaban al yo. En los años cincuenta y sesenta la literatura sobre este tipo de grupos se basaba en la narración de anécdotas de los mismos. A partir de mediados de los sesenta se trabaja con viejos no institucionalizados, pero aún los estudios no eran muy rigurosos. «En los últimos diez años se ha diversificado mucho el Trabajo de Grupo», la asertividad y el entrenamiento en habilidades han mostrado su efectividad, también el concepto de ayuda de los cohortes ha sido muy relevante en el desarrollo de programas para la tercera edad. Hay dos aspectos críticos que están por profundizar. El primero es el de las indicaciones que, como ya hemos visto, se pueden relativizar. El segundo es el de la evaluación, que dista mucho de ser objetiva y con una metodología científica. Acaban afirmando que en las próximas décadas los ancianos probablemente se encontrarán mejor educados, con una mayor complejidad psicológica y harán más uso de los servicios de Salud Mental que en la actualidad.

ESCUELA

La aplicación del psicodrama como elemento pedagógico no es nueva y tiene muchos años de práctica. La propia metodología psicodramática favorece el interés, la espontaneidad y la creatividad de los alumnos; de ahí su uso en diversas materias. No sólo la Geografía, la Historia o la Literatura son susceptibles de ser enseñadas psicodramáticamente, sino también la Física, la Gramática, las Matemáticas, los Idio-

* En PORTERA, A. y BERMEJO, F.: *Demencias.* Mayoría. Madrid, A.E.N., 1980.

mas, etc., se benefician de esta técnica. La manera en que se desarrollan estas sesiones es muy variada y depende de la inventiva del profesor; igual ocurre con el material didáctico a aplicar. A título anecdótico resalto la aplicación terapéutica que hace HOGAN, P. T.[32] de las fotografías.

El psicodrama pedagógico no es sólo una tecnología más de la pedagogía, sino que sirve para integrar el conocimiento con la vida. Nada mejor que las propias palabras de NOSEDA de BUSTOS, E. en SAURI, MENEGAZZO, et al.[57]: «Había aprendido bastante como alumna de la escuela y de la universidad, pero pocas veces había conseguido integrar lo que sabía con lo que vivía». Aquí la formación intelectual... allá, un poco lejos la vida tumultuosa. El psicodrama conecta el Afuera con el Adentro: «Promueve la integración entre el acto y la palabra y la presentización del conocimiento». En la aplicación del psicodrama con los estudiantes adolescentes afirma que la dramatización tiene sus límites. «No es bueno ni es útil dramatizar siempre. La acción y la reflexión necesitan su lugar adecuado. De lo contrario volveríamos a caer en un círculo de muerte, disociándonos nuevamente, pero a la inversa. Sólo la utilización adecuada dará a este método y a cualquier otro sus mejores resultados».

El sociodrama en la clase es uno de los instrumentos morenianos que tiene el profesor para conocer el *status* sociométrico de sus alumnos, confirmar los líderes y *estrellas* comunicacionales, detectar los individuos aislados y finalmente realizar los cambios necesarios que mejoren las relaciones personales y perfeccione las habilidades sociales de sus componentes. ALTSCHULER, C. M. y PICON, W. J.[3].

URTZ, F. P. y KAHN, K. B.[64] proponen el drama psicoeducacional como un medio útil de mejora de la salud mental de los alumnos. Este drama participa del psicodrama en tanto los protagonistas representan papeles de la vida real en clave humorística, dramática o trágica; y del teatro en que la acción es muy controlada y planificada en el tiempo de cara a producir el efecto deseado. Pero difiere de ambos en que la representación es muy breve (de 1 a 5 minutos) y frecuentemente acaba sin resolver la situación en una escena de alto compromiso emocional. Su propósito es estimular a la audiencia a discutir y explorar sus reacciones psicológicas así como a supervisar lo acaecido.

«El drama psicoeducacional utiliza todo tipo de artes conocidos y en la combinación necesaria (por ejemplo danza, música, dibujo, drama, comedia, diapositivas, etc.) para proveer al público una apropiada representación dramática».

Es representado por actores en vivo o lo más frecuente grabados en vídeo-tape. Al acabar la grabación «el monitor facilita la discusión, focalizándola en la dinámica de la escena: qué sucedió, quién dijo qué y cómo afectó ésta a los estudiantes. Después se moviliza la discusión en relación al eco personal de la misma». «Finalmente los terapeutas concluyen presentando las técnicas que pueden reducir la ansiedad y manejar el stress más efectivamente».

En esta línea de promoción de la salud entre los alumnos, FRITZ G. K. y CONTI, P. A.[26] diseñaron un estudio piloto con dos grupos de adolescentes. El primero tenía una reunión semanal durante las horas de clase, su efectividad se vio limitada por las resistencias institucionales, la confidencialidad del mismo y los problemas diagnósticos. El otro estaba a cargo de un psiquiatra infantil que dedicaba 10 horas a la semana, tenía contactos eventuales con los estudiantes, llevaba un grupo de padres y se reunía regularmente con los profesores. Se valoraron ambos por medio de la observación participante: resultó mejor el segundo, pero los autores no tienen en cuenta su mayor dedicación.

En los ambientes universitarios de sociología y psicología el aprendizaje experiencial acerca de uno mismo y su familia es de una gran importancia, de cara a entender a los demás. Por eso el Laboratorio de Vida Familiar de GOMES, R. C. y COUNT-VANMANEN, G.[30] que trabaja con construcción de imágenes o esculturas, juego de roles y teatro espontáneo, es una aportación destacable dentro de la enseñanza superior.

Hasta aquí casi todo, excepto el drama psicoeducacional en el que están implicados también los actores, se ha referido al alumnado; ya sea receptor o sujeto; por eso vamos a finalizar con la enumeración de las posibles vías para incrementar la espontaneidad de los maestros, que OTTO, H. A. detalla en GREENBERG, I. A.[31]:

1. Sociodrama.
2. Libre expresión de sentimiento y valores básicos, convicciones y creencias.
3. Dactilo-dibujo y dactilo-pintura.
4. «Tormenta cerebral».
5. Empleo de la música.
6. Utilización de obras de arte abstractas y representativas.
7. Danza interpretativa.
8. Historia y dibujos del grupo.
9. Psicodrama.

DELINCUENCIA

La sordidez del mundo delictivo, la violencia soterrada y la absoluta restricción de las libertades hacen de todo intento rehabilitador en las cárceles una gran contradicción, pues lo que en ellas prima es la pérdida de libre albedrío y el tiempo de encierro. No es de extrañar la denuncia de FORATO, G. [26] en la que compara el desequilibrio entre el papel estático de la Ley y el cambio dinámico de las ciencias sociales; y la presentación de BINSWANGER, R.[6] del Modelo de Zurich, por el que la psicoterapia se equiparaba al servicio médico, merced a un convenio entre la Cárcel y la Universidad, y su renuncia poco tiempo después por la carencia de libertad y la indefinición temporal de las detenciones preventivas.

Hay que referirse al contexto de este grupo y aunque no neguemos la posibilidad de un grupo de internados, sus límites deben de ser muy claros ya que hay una barrera en lo Real (el muro) que puede desviar el contexto psicoterápico del grupo. De ahí que la mayoría de las experiencias exitosas son las que se dan en grupos de delincuentes en libertad provisional.

Otra cuestión importante es la indicación de T. G. EAKER, H. A.[22] encontraron en 200 adolescentes delincuentes dos factores de buen pronóstico. La zalamería y seducción del joven y que el delito sea el primero cometido.

El juego de roles con presos en libertad provisional ya fue tratado por nosotros[24] y allí hacíamos alusión al libro de GREENBERG, I. A.[31], pero existen otros trabajos que a continuación comentamos. COUNT-VANMANEN, G.[19] parte de la hipótesis siguiente: la violencia puede ser reducida a través del arte dramático. Para ello examina las perspectivas teóricas interdisciplinares que se dan en los mecanismos de socialización y en el teatro dramático. Incorpora la escultura familiar y el juego de roles en su terapia y sugiere que se realiza una sustitución constructiva de las salidas destructivas y de las actividades desviadas. Por su parte CARPENTER, P. y SANDBERG, S.[16] postulan que la integración de las Técnicas Cognitivo-conductistas y el Psicodrama reducen los *acting-out* de los delincuentes y mejoran la fuerza del Yo. Comparan dos grupos cohortes de jóvenes delincuentes, uno en tratamiento y el otro de control. Comprueban su hipótesis y el beneficio de la conjunción de estas tendencias en relación con lo previamente postulado.

A veces el hincapié se hace en la enseñanza de habilidades sociales; así MELNICK, M.[48] recurre a las técnicas dramáticas para enseñar dichas habilidades a los reclusos (fundamentalmente provisionales o preventivos). Dicha aproximación se hace en clase de lectura, escritura, gramática y comunicación; de tal manera que forme una oferta conjunta de educación a los presidiarios, que denominan *acting objective*. En este proceso se incorpora y se refuerza una evaluación crítica y una modulación del self por medio de las discusiones después de las dramatizaciones.

SCHRAMSKI, T. G. y HARVEY, D. R.[59] afirman que el psicodrama en las instituciones correccionales mejora las actitudes y el ajuste dentro y fuera de la institución. Su uso afecta al rendimiento social en habilidades, y en las recidivas, afectando en menor medida al cambio de personalidad.

JULIAN, A. y KILMAN, P. R.[35] evaluaron 32 estudios de tratamientos de delincuentes juveniles. Se centraron en 5 áreas: duración, contenido, terapeutas, tipo de tratamiento y seguimiento. Encontraron muchos problemas metodológicos, especialmente los referidos a las características del tratamiento, a las revisiones y al ajuste en su medio. Se revisaron conforme a cuatro categorías: personalidad, medida de actitudes, recidivas e inteligencia. Menos de un tercio dieron resultados positivos en todas las categorías. Sobre todo los grupos conductistas y de modelado eran los más efectivos, aunque no afectaban a las recidivas y a la personalidad. Los grupos en medio cerrado parecían ser superiores a los de medio abierto en lo referente a la terapia, discusión y conducta grupal.

Una medida indirecta e interesante es la de Grupo de Trabajo de Supervisión de los encargados de evaluar la libertad provisional. SAGEBIEL, F. y ZUNDEL, E.[56] describen el medio social de los delincuentes: «clase social baja, hogares rotos, escasa escolarización, soledad y nulo autocontrol» y los problemas de los encargados de vigilar su libertad «agobiados por la cantidad de casos e instruidos para supervisar y ayudar». Para KASTENHUBER, G.[36] estos encargados representan una doble función social de apoyo y castigo, que es difícil de asumir sin contradicciones y problemas, tanto personales como interpersonales. Es esencial para ello el poseer un entrenamiento suplementario como líder de grupo, para que esta función paradójica no paralice su actividad.

ARMSTRONG, H. et al.[4] encuentra especialmente indicado los grupos con familiares de pre-

sos en aquellos padres que en su juventud fueron transgresores o que actualmente niegan las dificultades de su hijo para mantenerse dentro de la ley.

TOXICOMANÍAS

Incluimos bajo este epígrafe el alcoholismo y las drogadicciones y diferenciamos ambos porque la implantación en nuestro medio es distinta, por lo cual vamos a revisarlas por separado aunque tengan bastantes puntos en común.

Alcoholismo

A pesar de la aparente convicción verbal del alcohólico de dejar la bebida, lo cierto es que una gran parte de ellos no desean abandonarla pues se encuentran inmotivados. Un grupo de pretratamiento sirve de sostén y de contención de las ansiedades que la abstinencia produce y por medio de una aproximación psicoterapéutica basada en el aprendizaje y en la confrontación se logra sedimentar la demanda de tratamiento, sobre todo en aquellos bebedores en que el acercamiento individual no es posible por su forma de conducirse respecto a su toxicomanía. BRATTER, T. E.[8]

Aunque la T.G. se ha mostrado claramente superior a la T.I., lo cierto es que según SOLOMON, S. D.[63] hay muy pocos estudios que determinen los factores que indican una u otra, por otro lado hay unas implicaciones entre el paciente y el tratamiento que hacen que los alcohólicos respondan de formas diferentes a las diversas terapéuticas.

Cuando se comparan grupos de alcohólicos con grupos de neuróticos, como hace YALOM, I. D. et al.[69] se observa que los primeros abandonan en mayor número al inicio de la terapia, pero los resultados al cabo de 12 meses son muy parecidos.

«A pesar de la variedad de orientaciones profesionales, los grupos de alcohólicos ofrecen una oportunidad única de:

1. Expresar e identificarse con otros problemas similares.
2. Entender las actitudes de uno frente al alcohol y las resistencias a abandonarlo; confrontar éstas con situaciones parejas de los otros.
3. Aprender a comunicar los sentimientos y necesidades más abiertamente.»

VANNICELLI, M.[65] en su terapia de alcohólicos combina un Grupo de Alcohólicos Abstinentes en Cooterapia, un Grupo de Alcohólicos Anónimos, Disulfiran y un Consejero. Describe seis claves que el líder debe estar preparado para responder de forma clara, consecuente y firme. Dichas claves explican la filosofía del tratamiento, por lo cual vamos a transcribirlas:

1. Transparencia de los terapeutas cuando el grupo naciente se interesa por sus propios hábitos de bebida. Es preciso darse cuenta que tras esta pregunta subyace una desconfianza sobre el método. Aconseja no responder pero sí señalar lo que se encuentra latente.
2. Cuando un paciente falla sin avisar puede precisarse una intervención activa del líder fuera del grupo. El *acting-out* puede interpretarse como una llamada de peligro, pero hay que prevenirse de que se transforme en una actitud persecutoria de carácter parental, sobre todo si el monitor comunica un sentimiento de desacuerdo, frustración o irritación. Por eso es mejor focalizarlo en la ausencia y en el compromiso adquirido con el grupo.
3. Es necesario diferenciar la Terapia de Grupo de los Alcohólicos Anónimos; en general A.A. es la primera fase y T.G. es la segunda. También hay que distinguir la T.G. de un grupo educativo. Estas confusiones suelen acaecer cuando el ex bebedor asiste sucesiva o simultáneamente a más de un grupo.
4. La comunicación entre el líder del grupo y otras instancias (miembros del equipo, familiares, empresa, etc.) plantea complicadas situaciones que han de ser explicitadas en el contrato inicial, como por ejemplo la libre comunicación intraequipo. Cuando la información proviene de fuera, familiares o amigos, el terapeuta no debe aceptar la confidencialidad del informante y éste no ha de tener más credibilidad que el paciente. Concordamos con VANNICELLI, M. cuando estima muy favorablemente el que sea el paciente quien aporte la información más relevante.
5. Pacientes que recaen:
   a) Va al grupo bebido. Sugerirle que salga, se *airee* y venga después o a la semana siguiente.
   b) Bebe pero no lo reconoce. La confrontación del dilema es necesaria, poniéndola en relación con la confianza en el grupo.
   c) Bebe y no quiere dejar de hacerlo. Plantean una relación de conflicto con la norma grupal, por lo que se le invita a abandonarlo.
   d) Bebe pero apoya la norma grupal. Se señala la contradicción y se anima a que ponga medidas que la superen.
   En todos los casos excepto en *a)*, es más im-

portante que el monitor anime a la discusión que realice confrontaciones directas.

6. La bebida como foco de discusión.
   a) Defensa frente a la tarea grupal. Al comienzo del grupo es algo habitual pero hay que considerarlo como defensivo cuando: 1) El grupo habla poco y 2) Lo usa como distracción; por ejemplo, se alude a las hazañas etílicas sin referirse para nada a los sentimientos, o son relatos del tipo *memorias de guerra.*

   La bebida puede ser un tema apropiado cuando: 1) Es un tema más. 2) Se exploran los sentimientos personales y 3) Sirve para trabajar las circunstancias psicológicas que rodean su ingesta.

   b) Beber *al servicio del grupo.* El bebedor recuerda al grupo la posibilidad de recaída. Simboliza la lucha contra la autoridad, por eso el terapeuta puede preguntarse en voz alta qué función tiene esta situación en el grupo.

A pesar de la oposición a los grupos mixtos que producen un «cambio insuperable en la integridad del grupo», lo cierto es que la exclusividad de los componentes y la abstinencia hacen difícil el tránsito del alcohol a otros temas diferentes. Pese a ello RAAB, y SARDA, A.[55] dicen: «El grupo es el lugar donde el alcohólico comienza a expresarse a sí mismo y a comunicarse con los otros. La dinámica grupal produce el cambio de un discurso estereotipado a una verbalización auténtica en la que los fenómenos de transferencia y reconocimiento mutuo facilitan un intercambio abierto con los otros y no un repetitivo monólogo narcisista».

Las revisiones de P.G. según BRANDSMA, J. M. y PATTISON, E. M.[9] deberían:

1. Detallar las variables de los pacientes.
2. Enumerar las diferentes clases de tratamiento.
3. Especificar si la T.G. es un componente más del programa.
4. Los resultados deberían referirse a la abstinencia, pues de lo contrario dependen de las expectativas del investigador.

Ambos evaluaron 30 trabajos y extrajeron las siguientes conclusiones:

1. T.G. es una parte de un programa. A partir de 64 a 120 horas de T.G. se mejora la abstinencia 12 meses después de finalizado el grupo.
2. La T.G. facilita y amplía la admisión.
3. La capacidad de tolerar el grupo y su permanencia es más positiva que el grupo en sí mismo (YALOM et al., BROWNE-MAYERS et al. y WOOD et al.).
4. Ciertos grupos son más positivos, sobre todo parejas, personas con alteración del humor, ansiedad y depresión. Lo que sugiere una serie de indicaciones.
5. Resulta difícil evaluar la eficacia de la T.G. en el etilismo.
6. Los efectos terapéuticos son múltiples: bebida, trabajo y funcionamiento social.
7. Mejor resultado cuando se realiza la selección previa.

Señalan algunas críticas a estos trabajos:

1. Discriminación insuficiente entre los diferentes tipos de T.G.
2. Los resultados individuales son los más empleados.
3. No diferencian claramente el proceso del resultado y del seguimiento.
4. No hay grupos control.
5. No se especifica la clase de grupo utilizada.
6. No se comparan los distintos grupos entre sí.

Entre sus conclusiones destacan que la T.G. es igual o mejor que la individual y que resulta eficiente en áreas específicas de disfunción aunque no sea un tratamiento de primera elección en el alcoholismo.

Drogadicción

La conciencia social y la excesiva dramatización con tintes confusos de delincuencia y últimamente de muerte, han hecho que en el abordaje de las toxicomanías se hayan derrochado toneladas de imaginación desde los más diversos enfoques, teorías y creencias.

Desde el principio se ha situado temporalmente esta dependencia en el paso de la adolescencia a la adultez. Es ahí donde se juega la rebeldía y los deseos de independencia del joven adicto que trata de huir de los conflictos de dependencia-independencia por medio de la identidad alienada en el grupo de toxicómanos. Esta falsa identidad es asumida con un gran monto de ansiedad en el seno de una familia que se ve impotente a la hora de atender a quien le plantea una libertad y además exige una rápida y dramática satisfacción de sus deseos.

La variada oferta de T.G. no se reduce al trabajo ya comentado de DENNY, G. M. y LEW, L. J.[21], sino también a la Terapia por el Arte que se aporta en una clínica de Metadona en Los Angeles. VIRSHUP, E.[66] nos explica cómo los dibujos son discutidos en conjunto y a través de

ellos aprenden a comunicar sus sentimientos y conflictos a los otros. Desarrollan habilidades sociales e incrementan la fuerza del self. La combinación de este tipo de terapias con Consejo es muy efectiva en este tipo de pacientes significados por sus resistencias y dificultades para verbalizar sus emociones.

PFEIFFER, H. et al.[54] creen que hay una analogía entre los efectos químicos de las sustancias adictivas y la música preferida de los adictos. Por eso a través del sonido favorito de cada uno se expresa una forma de comunicación en el grupo, que lo envuelve emocionalmente y genera un favorable clima grupal para otro tipo de interacciones.

A pesar de las tendencias más variadas como por ejemplo el uso de la gestalt por parte de ZARCONE, V. I.[70], jr., lo cierto es que la T.G. de drogadictos se basa en la de alcohólicos como nos muestran EHRLICH, P. y MCGEEHAN, M.[23], quienes a lo largo de 4 años han tratado 136 cocainómanos en grupos de 8 a 12 personas. Los acuerdos iniciales son:

1. Secreto grupal.
2. No venir bajo el efecto de las drogas.
3. Deseo de curación.

Se apoyan también en un grupo de Adictos Anónimos y como factores terapéuticos señalan: la identificación, la disminución de la culpa y la universalización. La filosofía que les anima se basa en la recuperación, la cual es una inversión del proceso de degradación, y siguen tres principios:

1. La adicción participa de una etiología genética aprendida y ambiental.
2. La curación es posible.
3. Uno no es responsable de la drogadicción pero sí de la cura.

Los escaños en que dividen la cura tienen la finalidad de crear un nuevo lenguaje y estilo de vida. Esta división también deriva de los grupos anónimos. Describen tres experiencias en el lenguaje de la cura: 1) Admisión; 2) Afectación y 3) Entrega; a partir de esta última eligen el tratamiento que tiene las siguientes fases:

1. Abstinencia. Se reconocen los deseos urgentes de drogas y los factores internos y externos que les llevan a desearla. Han de confesar las situaciones críticas y a menudo el terapeuta explica la farmacología de la cocaína. Se plantean las alternativas de los A.A. y el peligro de usar otras drogas.
2. Estilo de vida confortable y libre de las drogas. Se trabajan de forma cognitiva los factores dolorosos. En dos, tres reuniones se diferencia entre *estar en* (represión, confesión y negación) de *estar con* (aceptación y rendición) y se distingue entre responsabilidad y culpa.
3. Dirección de la crisis y de la madurez. Las crisis dan lugar a ansiedad, depresión, irritabilidad, alteración del sueño y pica. Ocurren el tercer mes, entre el noveno y el doceavo y a veces hacia el decimooctavo.

La tarea final es crear una dimensión espiritual de la vida (lecturas reflexivas, meditación, etcétera), que proporcionen al Yo una fuerza suficiente que sirva de antídoto frente al miedo. El seguimiento es una de las claves del éxito en los drogadictos, por eso son muy interesantes las conclusiones que extraen MCAULIFFEE, W. E. et al.[47] cuando evalúan los programas de revisión en varios estados de EE.UU. y en Hong Kong. Los grupos profesionales aportan más educación para la salud que psicoterapia: fases de tratamiento, información sobre la adicción, empleo, actividades, amor y relaciones sexuales, formas de disminuir el stress, nuevas amistades, etc. Los grupos de ex adictos proporcionan un modelo de rol y una forma diferente de relacionarse socialmente. La combinación de ambos grupos es la mejor en cuanto a recaídas y a aceptación por parte de los toxicómanos en todos los países.

Hablar de prevención de las drogas es irse a un terreno resbaloso, de ahí el interés de comentar el grupo de COLEMAN, S. B.[17] el cual consistía en una reunión semanal de los hermanos pequeños de los toxicómanos durante 18 meses. Comprobó el alto riesgo de estos jóvenes y aunque la tendencia al acto había disminuido, algo pareció no haber cambiado. Se detectó el uso experimental de alcohol y concluyó que el grupo realizaba una función de apoyo necesitado de más desarrollo, lo cual daba lugar a especulaciones positivas acerca de su futuro.

OTROS

En los Retrasados Mentales el uso del juego como terapia produce una serie de cambios que KIELHOFNER, y MIYAKE, S.[37] cifran en la conducta motora, la esfera cognitiva, la atención, los afectos y la interacción social. Como en otros grupos específicos las reuniones de padres afectados disipan los temores y aprensiones acerca del cuidado de sus hijos, las precauciones nece-

sarias y el consejo genético individualizado. Se estrechan los lazos entre los padres y los hijos y se desdramatiza el rechazo o la ansiedad sobreprotectora, al compartirla con personas en la misma situación. SINSON, J. C.[62]

Un trabajo muy enjundioso es el que realizaron MINNER, M. et al.[49] con una familia de sordos. Combinaron el Psicodrama con la Terapia Familiar. Utilizaron el Dibujo Simbólico de la Familia para evaluar y diseñar el programa terapéutico. En este incluían calentamiento dirigido o no, estructura familiar, vídeo-tape como feed back, tareas asignadas y técnicas psicodramáticas en sesiones no estructuradas, que se dirigían hacia los roles jugados en la familia y a la comprensión y ensanchamiento de los mismos por la inversión de roles. Encuentran que la Terapia Familiar Psicodramática hace que el Paciente Identificado salga de su rol y se integre en la familia y que dentro de ésta se clarifiquen los diversos papeles.

KIPMAN, S. D.[38] parte de la base de que el ataque epiléptico es el equivalente de un breve episodio psicótico que se repite en cada crisis. Su trabajo no es grupal sino individual con psicodrama psicoanalítico.

La disartria y sus relaciones con el sistema familiar, sobre todo a nivel del contacto socioemocional entre padres e hijos, es tratado con técnicas psicodramáticas por KRAUSE, M. P.[40]

Las dificultades del diabético insulinodependiente de relacionarse con los otros y el temor a la evidencia pública de su debilidad, la hipoglucemia aguda, hace que la resonancia, el reflejo en los otros, la experiencia emocional correctora, etc., que se dan en los grupos vuelvan a los pacientes más autónomos. AVELINE, M. O. et al.[5]

Las pérdidas irresueltas de los cónyuges, la soledad, la incapacidad de diseñar un proyecto de vida sin el otro, la depresión reactiva al fallecimiento, etc., hacen de los grupos de viudosas un instrumento social de adaptación a los avatares vitales y de crecimiento personal. WALLS, N. y MEYERS, A. W.[68]

Las neurosis postraumáticas, los duelos prolongados de los compañeros caídos en el frente, las penosas condiciones de vida que la guerra impone y las heridas físicas y psíquicas que dificultan el retorno a las actividades previas a la conflagración, hicieron que los grupos resurgieran como instrumento terapéutico en la II Guerra Mundial. Desgraciadamente los intereses económicos y políticos hacen que los conflictos bélicos proliferen en el mundo; por eso no queremos olvidar los trabajos de BRENDE, J. O.[10], BUCK, O. D. y WALKER, J. I.[13] y WALKER, J. I. y NASH, J. L.[67] con los veteranos de la guerra del Vietnam.

Los grupos de niños y adolescentes[7, 29, 41, 44, 52] y algunas experiencias curiosas, como la terapia por el arte y los grupos específicos de pacientes silenciosos, sólo son nombrados pues, aunque son grupos por edades, lo cierto es que la terapia grupal infantil merece un capítulo aparte por ser un tema especializado que también requiere diversas adaptaciones de la técnica al singular mundo infantil.

RELACIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. ABRAMSON, R. M., HOFFMAN, L. y JOHNS, C. A.: «Play group psychotherapy for early latency-age children on an inpatient psychiatric unit». *Int. J. Group Psychoter.* 29/3. 383-392, N.Y. USA, 1979.
2. ALTMAN, KERRY, P.: «Psychodrama with the institutionalized elderly: A method for role re-engagement». *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry.* Vol. 36 (3), 87-96. 1983.
3. ALTSCHULER, C. L. y PICON, W. J.: «The social living class: A model for the use of sociodrama in the classroom». *Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry.* Vol. 33, 162-169. 1980.
4. ARMSTRONG, H., MORRIS, R. M., AMERONGEN, M. y KERNAGHAN, P.: «Group therapy for parents of delinquent children». *Int. J. Group Psychoter.* 33/1. 85-97. 1983.
5. AVELINE, M. O., MCCULLOCH, D. K. y TATTERSALL, R. B.: «The practice of group psychotherapy with adult insulin-dependent diabetics». *Diabetic Med.* 2/4, 275-282. 1985.
6. BINSWANGER, R.: «Problems of psychiatry practice in prisons: The Zurich model (Germ).» *Nervenarzt* 50/6 (360-365). 1979.
7. BRANDES, N. S. y MOOSBRUGGER, L.: «A 15-year clinical review of combined adolescent/young adult group therapy». *Int. J. Group Psychoter* 35/1 (95-107). 1985.
8. BRATTER, T. E.: «Some pre-treatment group psychotherapy considerations with alcoholic and drug-addictet individuals». *Psychother: Theory, Res. Pract.* 18/4 (508-515). 1981.
9. BRANDSMA, J. M. y PATTISON, E. M.: «The outcome of group psychotherapy alcoholics: An empirical review». *Am. J. Drug Alcohol Abuse.* 11/1-2 (151-162). 1985.
10. BRENDE, J. O.: «Combined individual and group therapy for Vietnam veterans». *Int. J. Group Psychother.* 31/3 (367-378). 1981.
11. BUCHANAN, D. R.: «Psychodrama: A humanistic approach to psychiatric treatment for the elderly». *Hosp. Community Psychiatry.* 33/3 (220-223). 1982.
12. BUCHANAN, D. R. y DUBBS-SIROKA, J.: «Psychodramatic Treatment for Psychiatric Patients». *Journal the National Asoc. of Private Psychiatric Hospitals.* 11, 27-31. 1980.

13. BUCK, O. D. y WALKER, J. I.: «Posttraumatic stress disorder in Vietnam Veterans: A review». *South. Med. J.* 75/6 (704-706). 1982.
14. BURIAN, W.: «Group therapy in treatment of alcoholism». *Wien Z. Suchforsch.* 8/1-2 (5-11). 1985.
15. 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.
16. CARPENTER, P. y SANDBERG, S.: «Further psychodrama with delinquent adolescents». *Adolescence.* Vol. 20 (79), 599-604. 1985.
17. COLEMAN, S. B.: «Sib group therapy: a prevention program for ablings from drug-addicted families». *Int. J. Addict.* 13/1 (115-127). 1978.
COOPER, D. M.: «Group psychotherapy the elderly: Dealing with loss and death». *Am. J. Psychother.* 38/2 (203-214). 1984.
19. COUNT-VAN MANEN, G.: «Drama-imagery processes as socialization: An interdisciplinary perspective». *Journal of Mental Imagery.* Vol. 8 (1), 1-51. 1984.
20. CREEKMORE, N. N. y MADAN, A. J.: «The use of sociodrama as a therapeutic technique with behavior disordered children». *Behavioral Disorders.* Vol. 7 (1), 28-33. 1981.
21. DENNY, G. M. y LEW, L. J.: «Grief work with substance abusers». *J. Subst. Abuse Treat.* 1/4 (249-254). 1984.
22. EAKER, H. A., ALLEN, S. S., GRAY, J. y HECKEL, R. V.: «A factor-analytic study of a group therapy screening scale for children and adolescents». *J. Clin. Psychol.* 38/4 (742-743). 1982.
23. EHRLICH, P., y MCGREEHAN, M.: «Cocaine recovery support groups and the language of recovery». *J. Psychoact. Drugs.* 17/1 (11-17). 1985.
24. ESPINA BARRIO, J. A.: «La práctica del psicodrama en las instituciones». III Reunión Estatal de la Asociación Española de Psicodrama. *Informaciones Psiquiátricas.* 106, 4.° trimestre. 1986.
25. FERNÁNDEZ MARCH, T.: «El psicodrama psicoanalítico aplicado al tratamiento de toxicómanos en régimen de comunidad terapéutica». *Drogaalcohol.* Vol. XI, N.° 1. 1986.
26. FORATO, G. «Imprisoned adolescents and psychological treatment: Possibilities, limits and perspectives». *G. Neuropsichiatr.* Et. Evol. 5/2 (153-160). 1985.
27. FRITZ, G. K. y CONTI, P. A.: «The child psychiatrist and therapy in the public school system». *J. Psychiatr. Treat. Eval.* 4/1 (17-23). 1982.
28. GARAPON, A.: «Sexuality in adolescents». *Sem. Hop.* 61/27 (1997-1999). 1985.
29. GASSNER, B.: «Psychodrama mit körperbehinderten Jugendlichen und Haranwachsenden. Psychodrama with physically disabled teenagers and grown up teenagers». *Praxis der Kin derpsychologie und Kinderpsychiatrie.* Vol. 31 (3), 98-103. 1982.
30. GOMES, R. C. y COUNT-VAN MANEN, G.: «Family Life Laboratory: The use of creative-dramatic processes in university social sciences setting». *Journal of Mental Imagery.* Vol. 8 (1), (109-115). 1984.
31. GREENBERG, I. A.: «Técnicas del Tratamiento Psicodramático». *Horme-Paidós.* Buenos Aires. 1978.
32. HOGAN, P. T.: «Phototherapy in the educational setting». *Art. Psychother.* 8/3-4, 193-199. 1981.
33. HOLZWARTH, U.: «Group psychotherapy with paranoid elderly people». *Gruppenpsychother. Gruppendyn.* 21/1 (15-24). 1985.
34. JOHNSON, D. R.: «Developmental approaches in drama therapy». *Arts in Psychotherapy.* Vol. 9 (3), 183-189. 1982.
35. JULIAN, A. y KILLMANN, P. R.: «Group treatment of juvenile delinquents: A review of the outcome literature». *Int. J. Group Psychother.* 29/1 (3-37). 1979.
36. KASTENHUBER, G.: «The importance of the group in re-socialization. On the concept of probationer-related group Work». *Gruppenpsychother. Gruppendyn.* 20/2 (180-184). 1984.
37. KIELHOFNER, G. y MIYAKE, S.: «The therapeutic use of games with mentally disorder adults (adult play research). *Am. J. Occup. Ther.* 35/6 (375-382). 1981.
38. KIPMAN, S. D.: «Psychothérapie d'enfants épileptiques. Problèmes techniques et instituionnels». *Perspectives Psychiatriques.* 20 (1) (No 85), 34-39. 1982.
39. KOCKOTT, G.: «Psychotherapy for the mentally ill in old age- a review of the literature». Psychother. *Psychosom. Med. Psychol.* 34/9-10 (223-231). 1984.
40. KRAUSE, M. P.: «Stuttering at an expression of disturbed parentchild relationship». *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* 34/1 (15-18). 1985.
41. LEMAY, M.: «Approache psychodramatique individuelle et organisation psychopathologie chez l'enfant». *Etudes Psychotherapiques.* Vol. 16 (1) (59) 11-19. 1985.
42. LESZCZ, M., FEINGENBAUM, E., SADAVOY, J. y ROBINSON, A.: «A men's group: Psychotherapy of elderly men». *Int. J. Group Psychother.* 35/2 (177-196). 1985.
43. LEUTZ, G. A.: «Correspondance between the psychodramatic theory of child development and the and the process and therapeutic goals of psychodrama» Psychother. *Psychosom. Med. Psychol.* 32/6 (173-177). 1982.
44. LEVIN, S.: «The adolescent group as transitional object». *Int. J. Group Psychoter.* 32/2 (217-232). 1982.
45. LIEBERMAN, M. A. y GOURASH, N.: «Evaluating the effects of change groups on the elderly». *Int. J. Group Psychother.* 29/3 (283-304). 1979.
46. LIEBERMAN, M. A.: «Comparisons among peer and professionally directed groups for the elderly: Implications for the development of self healp groups». *Int. J. Group Psychother.* 35/2 (155-175). 1985.
47. MC AULIFFE, W. E., CHIEN, J. M. N., LAUNER, E. et al.: «The Harvard group aftercare program: Preliminary evaluation results and implementation issues». *Nida Res. Monogr.* Ser. 58 (147-155). 1985.
48. MELNICK, M.: «Skills through drama: The use of professional techniques in the treatment and education of prison and ex-offerder populations». *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry.* Vol. 37 (3) 104-116. 1984.
49. MINNER, M. et al.: «Psychodramatic Family Therapy with the Deaf». *St. E. Hospital.* Washington. 1979.
50. MORENO JACOB, L.: «Psicodrama». Psicología de hoy: teoría y métodos de la Psicoterapia». Vol. 3, 4.ª ed. *Hormé-Paidós.* Buenos Aires (traducido del inglés por Daniel R. Wegner). 1978.
51. MORENO JACOB, L.: «Psicoterapia de Grupo y Psicodrama. Introducción a la teoría y a la praxis». *Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis.* Fondo de Cul-

tura Económica. 1.ª ed. 1966. 1.ª reimp. 1975. (Traducido por Armando Juárez de la 1.ª ed. en alemán de 1950).

52. MUERI, S.: «Practice in child group psychotherapy». *Gruppen psychother. Gruppendyn.* 14/2 (166-182). 1979.
53. PARHAM, I. A., PRIDDY, J. M., MCGOVERN, T. V. y RICHMAN, C. M.: «Group psychotherapy with the elderly: Problems and prospects». *Psychother.: Theory, Res, Pract.* 19/4 (437-443). 1982.
54. PFEIFFER, H., TIMMERMANN, T. y WOLF, B.: «Case report: Group therapy for addicts using elements of music therapy». *Gruppenpsychother. Gruppendyn.* 21/3 (236-247). 1986.
55. RAAB, A. y SARDA, A.: «Reflections on conversations among alcoholic patients in group psychotherapy reunions». *Rev. Alcool.* 31 (81-88). 1985.
56. SAGEBIEL, F. y ZUNDEK, E.: «Groupworlk supervision in the area of social therapy». *Gruppenpsychother. Gruppendyn.* 19/2 (174-189). 1983.
57. SAURI, M. y cols.: «El Psicodrama. Aporte a una Teoría de los Roles». *Colección Encuentro,* Vol. 1. Buenos Aires. Proyecto CINAE, 1982.
58. SCHMITZ-GIELSDORF, R.: «Psychodrama as an operationalization of objectives of medico-psychological training». *Med. Psychol.* 7/3 (247-251). 1981.
59. SCHRAMSKI, T. G. y HARVEY, D. R.: «The impact of psychodrama and role playing in the correctional environment». *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology.* Vol. 27 (3), 243-254. 1983.
60. SCHRODER, M. y GONSETH, J. P.: «Creative work and psychodramatic figurations by means of fairy tales». *Psychother Psychosom Med Psychol.* 32 6 (178-182). 1982.
61. SHEARON, E. M.: «Psychodrama with children». *Group Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry.* Vol. 33, 142-155. 1980.
62. SINSON, J. C.: «Down's infants. An interdisciplinary approach involving parents». *Int. J. Rehabil. Res.* 1/1 (59-69). 1978.
63. SOLOMON, S. D.: «Individual versus group therapy: Current status in the treatment of alcoholism». *Adv. Alcohol. Subst. Abuse.* 2/1 (69-86). 1982.
64. URTZ, F. P. y KAHN, K. B.: «Using drama as an outreach and consultation tool». *Personel and Guidance Journal.* Vol. 60 (5). 326-328.
65. VANNICELLI, M.: «Group psychotherapy with alcoholics. Special techniques». *J. Stud. Alcohol.* 43/1 (17-37). 1982.
66. VIRSHUP, E.: «Group art therapy in a methadone clinic Lobby». *J. Subst. Abuse Treat.* 2/3 (153-158). 1985.
67. WALKER, J. I. y NASH, J. L.: «Post-traumatic stress disorders in combat veterans: Diagnosis and treatment». *J. Psychiatr. Treat. Eval.* 3/3 (247-250). 1981.
68. WALLS, N. y MEYERS, A. W.: «Outcome in group treatments for bereavement: Experimental results and recomendations for clinical practice». *Inst. J. Ment. Health.* 13/3-4 (126-147) 1984/85.
69. YALOM, I. D., BLOCH, S. BOND, G. y cols.: «Alcoholics in interacional group therapy: an outcome study». *Arch. Gen. Psychiatry.* 35/4 (419-425). 1978.
70. ZARCONE, V.: «Gestalt techniques in a therapeutic community for the treatment of addicts». *J. Psychoat. Drugs* 16/1 (43-46). 1984.
71. ZARIT, S. H.: «Families under stress: Interventions for caregiver of senile dementia patients». *Psychother.: Theory, Res. Pract.* 19/4 (461-471). 1982.

PSICODRAMA CON MUJERES MALTRATADAS
(de la Casa de Refugio de Almería)

ANTONIO PINTADO CALVO
Psiquiatra

CARMEN ARÉVALO VALVERDE
Auxiliar de clínica

MARÍA ESPINOSA MORENO
Auxiliar de clínica

JOSÉ GARDÓN RUMI
Auxiliar de clínica

JOSÉ GINEL SÁNCHEZ
Auxiliar de clínica

FERNANDO MARÍN CARRILLO
Auxiliar de clínica

DEDICATORIA:

A todas las Bellas Durmientes, Blancanieves y Cenicientas que esperan, chiquillas, al Príncipe Azul, tras haber sido, como Caperucita, engatusadas y devoradas por El Lobo.

AGRADECIMIENTO:

A Solidaridad Democrática de Almería y especialmente a la Directora y Gobernantas de la Casa de Refugio de Almería, cuya colaboración ha sido, obviamente, imprescindible.

INTRODUCCIÓN

El lenguaje psicodramático está en la escena; por eso es muy difícil hablar de Psicodrama. (Sólo el cine, el vídeo nos podría acercar más a su fiel relato; pero convertiría a los participantes en actores; quitaría intimidad, desarrollaría suspicacias y con ello, se perdería la espontaneidad).

El discurso científico es racional, y tiene mucho de intemporal. La experiencia psicodramática es vivencial, compromete a la persona y se desarrolla en un contexto concreto témporo-espacial. Pasar lo vivido a escrito es siempre un salto en el vacío.

El IV Congreso de la AEP quiere alejar de sí la forma clásica de la ponencia, del ponente y del que escucha.

Una de las mujeres que ha trabajado con nosotros nos dijo que si *esto* era una cosa más para estudiarlas. La contestamos que no, ahora no podemos engañarla.

En atención a lo expuesto y a todos los grupos marginales que en el mundo haya, vamos a tratar en este trabajo de hacer un esfuerzo y ***escribir Psicodrama.***

MÉTODO

— Constituimos un grupo estable y voluntario con un director y cinco egos auxiliares (dos mujeres y tres hombres).
— Hemos hecho Psicodrama, sin asociar a ningún otro tipo de técnica, ni siquiera entrevistas previas ni recogida de datos biográficos. Sólo Psicodrama.

— Hemos realizado 17 sesiones, entre 60 y 90 minutos cada una, con mujeres jóvenes, acogidas a una Casa de Refugio, de ubicación secreta, para protegerlas de sus maridos.
— Lugar: unas oficinas cuya única ventaja para hacer Psicodrama era una corredera que ayudaba a crear el espacio. El resto era absolutamente inadecuado.
— La experiencia comenzó el día 9 de marzo y terminó el 11 de junio, realizándose después dos reuniones: una con las mujeres, objeto del trabajo, y otra con las responsables de la Casa de Refugio.
— Recabamos datos a posteriori.
— En ningún momento se ha utilizado ni grabadora, ni vídeo, ni siquiera se ha anotado en las sesiones.
— Tras cada sesión, el equipo se reunía entre hora y media y dos horas a tratar de la sesión y de la evolución de la experiencia.
— Se iban *descubriendo* a las mujeres principios básicos del Psicodrama, según daban oportunidad las escenas realizadas: la espontaneidad; la inexistencia de guión preestablecido; el «como si»; que no es igual al teatro; que cada uno se expresa según quién es y su cultura; la capacidad del Psicodrama como medio de expresión; la importancia de la asunción inmediata de roles; los límites realidad-fantasía y la importancia de ésta; las *ventajas* del juego de la mentira y del «como si» para enfrentarse a la violencia..., etcétera.
— Las condiciones del grupo (abierto, heterogéneo, etc.) serían las que impusieran las circunstancias, y nos tendríamos que amoldar a ellas.
— Apenas se preparaban las sesiones. Pero se procuraba seguir el hilo conductor, según las hipótesis de trabajo y lo analizado tras cada sesión.

LAS MUJERES Y LA ESCENA

Naturalmente ellas no se llaman como van a ser nombradas a continuación. Sus nombres son mucho más bonitos.

Ellas han sido las protagonistas. Quizás la primera vez en su vida.

1. Neli

Cuando nos conociste te mostrabas tímida retraída, reías; tenías mucho miedo al ridículo, pero no distorsionabas nada. Te quedaste cuidando de las niñas la segunda vez en la Casa. Saliste en la tercera sesión (para ti, en realidad la primera) a hacer bulto en el baile de Cenicienta. Jugueteaste con los egos en escena y participaste en alguna frase, bajito, con ellas.

El día que a BETI se le ocurrió: «Romeo y Julieta» te diste cuenta de que «no hay amor», «es muy frío» (y es que los buenos egos estaban cortados); llegaste a asomarte al balcón de Julieta y te reías, avergonzada y divertida, de que no lograbas ser Julieta. Qué mal lo pasaste haciendo que amabas a una silla vacía y aguantando, de pie, un minuto de soliloquio. «Se pasa muy mal», decías, gracias que te desangustiaste haciendo planes con dos amigas. Al final, no dudabas que es mucho peor, en cualquier caso, hablar con una silla que con una persona: «... estoy de acuerdo con Fernando». Por primera vez, al irnos, entraste con nosotros, sola, en el ascensor.

La siguiente vez estabas más animada y te relacionabas ya casi bien con nosotros. Dijiste que no ibas a salir a escena, pero hiciste alegremente de niña de cinco años, fue curioso verte caminar, chiquitita, para escribir una imaginaria «o» en una pizarra inexistente.

Cogiste fabulosamente el papel de niña de 2 años, chupabas la caperuza de un boli y ocupabas genialmente el espacio, al igual que Beti, Flora y los egos. Era bella de verdad la escena, «me lo he pasado pipa», dijiste espontánea al término.

No viniste en la sexta y en la séptima te destapaste. Primero, calentando, de niña chica, de adolescente, y después peleándote con María, que puso en duda que lamentaras la pérdida brusca de su padre, que sufrió Fernando en la trama. Y luego, ya fuera, en el portal, defendiste con entereza la continuidad de la experiencia.

Te volviste a quedar con las crías en la octava, para aparecer, tras la primera interrupción, más arreglada y coqueta. Ya no estabas en la casa y tenías que venir con tu hijita porque no tenías con quién dejarla y no se la querías dejar a Beti (que todo hay que decirlo). Hiciste bien tu propio papel buscando vivienda y rechazando a Beti de posible compañera, y te impresionaste al ver a tu marido representado. Valoraste lo difícil que era pasar a la violencia y que aún no estabas preparada para asumir dichas escenas. Tras presenciar la dura escena de los heroinómanos en la granja, sólo te quedarán fuerzas para decir: «Bien, está bien».

Vinieron tus padres a estar contigo y faltaste a tres sesiones seguidas. Volviste en la catorce y pudiste presenciar el «día duro» de Nieves y Flora. Ya no te vimos más hasta la reunión final.

Tu encuesta: «Lo que más me ha gustado es el compañerismo (el de todos), lo que menos... nada. Recuerdo haber hecho a gusto la de las niñas chicas y a disgusto la de la muerte del padre de Fernando. Creo que la experiencia sí me ha servido para divertirme y mejorar las relaciones; incluso las de fuera de aquí. No me ha hecho ningún daño y en otro momento profundizaría en la experiencia, porque me ha hecho puntos positivos; pienso que a otras mujeres maltratadas les puede servir esta experiencia. Empecé a venir simplemente porque lo dijeron en la casa; seguí viniendo porque me gustaba, y dejé de venir por haber tenido la niña enferma y después por no tener con quién dejarla. Mi relación con vosotros fue cambiando positivamente; no sé si hay algo en común entre nosotras, salvo lo que ha dicho Beti.

Tengo 22 años, estudié hasta 7.º de E.G.B.; nací en Fiñana y con seis años llegué a Adra; crecí en un ambiente medio-trabajador. Somos 8 hermanos (5 mujeres y 3 varones); yo soy la segunda de los ocho. Mis padres viven y nunca han estado separados; me casé en 1984 y antes había vivido un poco con él. Me separé en 1986. El futuro, por ahora, lo veo bien».

Tu coloquio: «El psicodrama quitaba el agobio y al principio era una novedad; no estoy de acuerdo en que sólo veníamos por dar un paseo, ya que teníamos oportunidades para pasear. Yo le tenía odio a todo lo que fuera hombre y ya no, aunque sean unos machistas. Creo que para ello me han servido las escenas... y también las angustiosas».

2. Anunci

No te conocimos en la presentación. Llegaste, muy embarazada, el segundo día, con tu tipito inmaduro y tu cara de inocencia rural sorprendida. «Todo bien, sí, bien», opinaste sobre el montaje de Cenicienta. En otro rato, hiciste tu papelito de extra en el baile de la corte.

Al final de la cuarta decías divertirte, a la quinta no viniste, y en la sexta, tras la terrible bronca familiar escénica, repetiste: «bien, sí, me parece bien». Eso sí, estuviste encantada como niña de cinco años en el autocar de excursión. Espectadora pasiva y callada en la octava y en la décima, no viniste en la novena y undécima. En la doce, ya habías dado a luz e hiciste tu primer papelito de verdad, como hija de uno que se iba a Alemania y te dejaba colgada a unos tíos. Llegaste, incluso, con mucho esfuerzo y ayuda, a referir el rol que acababas de realizar.

En la trece es cuando, en escena, dijiste aquello de «Yo no necesito nada, me ayudan mis padres» y consentiste que otra se quedara con tu trabajo en la ficción. Volviste a mirar en la catorce y ya no te vimos más, porque te fuiste al pueblo con tu papá y tu mamá.

(No estuvo en la reunión final. No tiene, pues, encuesta ni coloquio. Aportamos aquí un solo dato biográfico: el hijo del que estaba embarazada y dio a luz era de su padre).

3. Flora

Tampoco estuviste en la presentación. Apareciste en el segundo día, muy joven, rubia, sencilla, belleza natural... parecías una joven muy seria. Reposada, colaboradora. Empezaste rechazando la madrastra de Cenicienta como rol, pero luego te esforzaste en hacerla. Sugeriste que Cenicienta, a lo primero, había sido feliz con sus padres. Incapaz de machacar a Cenicienta, no eres del todo sumisa al invertir el rol y te quejas del mal trato. Nos dijiste en comentario posterior que «esto es la vida» y que «estas cosas pasan». Entraste rápido en el «juego de la mentira», en su significado y que podía ser útil y que creías en él.

En la sesión siguiente luchaste valientemente, junto al director para levantar una escena que más que baile de cuento de hadas, semejaba un pasodoble de kermés. Después le dijiste a María, en el ascensor, que «esto te gustaba mucho» y te despediste «hasta el lunes» con una cariñosa palmadita en la espalda.

En la cuarta te quedaste con las niñas. Y en la quinta, nada más llegar, no pudiste asumir el rol de directora de colegio («no me va»), pero de alumna tomas la voz cantante y te rebelas; reivindicativa, arrastraste a los demás. No querías hacer de niña de dos años, pero al final sí, muy díscola. Al final, preguntabas, con cierto desasosiego, por qué hacías mejor de niña que de mayor.

Muy bien, en la sexta, de «tita» de los niños fugados; acogías, reconvenías y llamabas a la madre. Insististe, desde fuera, para ver un padre comprensivo y un marido dialogante y una vez que lo tuviste delante, dices que no era real.

Vuelves a quedarte en la séptima con las niñas. La octava la empezaste sin querer salir y rechazando hacer de esposa de Pepe. («no me va ese papel», «no estoy con ánimo»). En cambio, haces, enseguida una sucesión de escenas: como madre ilusionada que espera el primer hijo y se lo cuenta a sus padres, junto a su marido;

esperando, harta, el quinto hijo, reivindicativa y enfrentada a tus padres, para enfrentarte, en otra al machismo discutiendo quién se esteriliza. Nos impresionaste cuando al contarles a tus padres que ibas a abortar, elegiste ser casada y no decirle nada a tu marido, porque «es cosa mía y no estoy preparada para tener hijos, ni quiero». Después logras una gran escena al expresar lo que diría una niña de 9 años que oye discutir a sus padres por la anticoncepción («mamá no me besa, pelean, yo no tengo la culpa»). Y en tu soliloquio, el niño de una semana diría: «qué agobio, todos me cogen, me besan... pero es bonito, feliz».

En la 9 y la 10, empiezas «a tener recados» y no vienes.

En la 11 has cambiado mucho tu aspecto físico, es inexplicable, pareces mucho más mayor. Desarrollas un rol de novia dominante, caprichosa, un tanto sádica, que nos sorprende. Te angustias cuando un ego te pone en evidencia ante tu ego-novio, terminas en franca pelea con él y sales de escena, descompuesta, acalorada, tensa. Llamas a la puerta en la sesión doce, dejas un paquete y te despides, simpatiquísima, hasta el jueves. No vienes a la trece (dice Nieves que te vio parada con un chico) y en el encuentro casual de otra tarde de plantón, nos dijiste que eras una «chica difícil» y «loca», «muy variable y nunca sé por dónde voy a salir». Presumes de «incorregible».

Trataste en la decimocuarta de ayudar a Nieves cuando le hicimos las escenas que no pudo aguantar y sufriste por ella. Se te fue la hipertimia que traías. A provocar, con Nieves, en la quince, encajas bronca de egos en escena y realizas perfectamente la inversión de roles: «no hay derecho, no sois formales». No te vas ni pizca de afectada. A las dos últimas no viniste pero sí a la reunión final.

Tu encuesta: «Lo que más me ha gustado es que creo que he aprendido algo de vosotros y lo que menos, hacer de niña chica y tener que venir a una hora fija. Recuerdo que hice a gusto de alumna reivindicativa y muy a disgusto de niña chica. Creo que la experiencia me ha servido porque he perdido el miedo al ridículo, aunque no del todo y estoy segura de que no me ha hecho ningún daño».

«Sí profundizaría en otro momento en la experiencia porque lo veo interesante, porque no lleva orden y porque me gusta. A otras mujeres maltratadas les puede ir bien, porque nosotras lo hemos hecho y nos ha ido bien».

«Empecé a venir porque me dijeron que había que hacerlo, seguí porque me gustó y dejé de venir porque no soy formal; si hay otra cosa que me guste más, lo dejo. Mi relación con vosotros fue cambiando a mayor confianza. Ahora, por lo menos llego y no me pongo roja. Creo que todos tenemos en común *la inferioridad,* naturalmente, además de los problemas».

«Tengo 19 años, 1.º F. P. (Auxiliar clínica); nací en Tarragona, en Barcelona hasta los ocho años y luego en Sevilla, Benidorm y Almería en un ambiente «bajo». Soy hija única, no sé quién fue mi padre. Mi madre murió cuando yo tenía 13 años y viví con unos hermanastros suyos que me maltrataban psicológicamente, por lo cual, aunque soy soltera entré en la Casa de Refugio. No tengo hijos. Veo mi futuro dependiendo mucho de mí misma; si sigo como voy, bien».

Tu coloquio: «Creo, igual de Beti, que las escenas angustiosas ayudan a enfrentarse. Oye, ¿por qué lo dejáis?, ¿es que teníais marcada fecha para acabar?».

«¿No os convence como explicación lo de mi informalidad? Pues yo no me angustié como Nieves».

4. Nieves

Tú sí viniste a la presentación. Reticente, desconfiada (sobre todo al psiquiatra), hiciste de elemento distorsionante. Temías ser estudiada (quizás una vez más).

Algo menos incómoda a la segunda, reías ansiosa. Habías explicado a los demás que «venir aquí es para hacer de Caperucita Roja». No quieres salir pero te emocionas y casi lloras viendo morir a la madre de Cenicienta; por fin sales a hacer bulto y hecha un flan. «No puedo más», y huyes de escena al ratito. Admites la angustia. Vuelves a escena pero como si no estuvieras. Dijiste que lo habías pasado fatal y que te veías ridícula aunque a los demás, no. En el portal dices que «viviste algo parecido con tu madre y que te habías emocionado mucho; y que de pequeña habías estado mal y te habían llevado al psiquiatra».

Del desastroso baile de Cenicienta formaste parte obligada y mejor es no hablar de él. Nos quedamos esperándote en la cuarta y no viniste, tampoco, ni la quinta ni la sexta.

Te dimos la bienvenida en la octava, ya que pensamos que no te veríamos más. En escena, hablas como niña de cinco años, pero no haces de niña de cinco años. Te pones desafiante y muy

brusca para un momento que haces de profesora. Mejoras algo como adolescente y quedas muy impresionada en la escena de la muerte del padre de Fernando. Reconoces, luego, que por primera vez has participado, que no te ha costado trabajo y te equivocas diciendo que has hecho perfectamente todos los papeles.

En el portal, eres la que defiende con más fuerza la continuidad en la experiencia y diste ideas para llevarla a cabo («se pierde mucho cada vez que se falta»).

Contaste en la octava sesión que habías perdido el trabajillo y que por eso podías venir. Le haces una madre egoísta, dura, implacable e irónica a Flora cuando te pide ayuda tras su quinto hijo indeseado: «Yo, ni hablar», «tú los traes, pues para ti». Después sufres un total bloqueo y no consigues hacer soliloquio de lo que diría un niño de una semana (ni con dos egos a los lados, lo consigues).

En la novena sesión refieres que has estado muy enferma. Hiciste papelito de gobernanta de la casa (apenas) y luego de ti misma haciendo planes de vivienda con Neli y ego-Flora; lo haces bien (claro), y le dices a ego-Beti que «con tres niñas, haberlo pensado antes, hazte amiga de la gente, como yo; a lo mejor, con alguna nueva que venga, puedes congeniar». Crees que el paso a la violencia no es difícil, tras ver representado al marido de Neli: «un sillazo».

No vienes a la décima (quizás te quedaste con las niñas), en la once no ves bien la violencia implícita en algunas escenas, hasta que se hace más explícita en otras. Asumes con naturalidad el rol de vecina descarada y violenta y metes en un puño al ego que te hace de marido y te chilla, con toda facilidad (lo dominas, lo apabullas, lo amenazas, etc.). El director se empieza a equivocar contigo, ya que era evidente que el «como si» para ti no existió nunca. Te estrellas contra otro tipo de marido que se te opone en escena y que te llama «fregona, inculta, fea, guarra, etc.», sin que le puedas machacar, porque hace cínicos repliegues estratégicos. Al final nos contaste que tu padre te pegó mucho, porque eras mala, pero no eran, ni de lejos, las palizas («hasta verme tirada») que te daba tu marido, del cual temías, simplemente, que llegara a casa.

En la doceava sesión vuelves a hacer un rol duro y un esfuerzo para no agredir a un ego masculino. Después comentaste que, en escena, te sentiste defendida por tu ego-marido (que era, por cierto, un verdadero bestia).

Haces la mejor sesión, sin duda, en la treceava. Es aquella que María y tú hacíais de hermanas adolescentes enamoradas del mismo chico y que luego pasaba lo de la chuleta en clase y tu rápida acusación a tu hermana («ha sido ésta») delante del jefe de estudios. Y luego la agobiante comida en casa, rodeada de tus egos-padres y tu ego-hermana para sentirte transportada a otro mundo cuando el ego-chico te pide salir por teléfono, a ti y no a tu hermana. «Yo me voy con él, pase lo que pase, aunque digáis misa». Después, dulcemente, querías engatusar a tu ego-madre: «¿no me vas a tapar?». En el comentario, por si nos quedaban dudas, nos dijiste: «es que yo soy así y me he llevado así con mis hermanas». Y te emocionaste al oír al director que los egos habían ido inconscientemente por ti y te hacían culpable sin serlo.

(En el encuentro casual con nosotros cuando aquella tarde ibas con Flora, tras haber faltado, nos dijiste que eras muy cabezota y que nadie te podría convencer nunca de que no tenías culpa en la leucemia y muerte de tu madre; que era por lo que le habías hecho sufrir). Así, llegaste a la sesión catorce, irrumpiendo con Flora, hipertímicas ambas, muy arregladas, como vedettes, y encima interrumpiendo; el director te dedicó, a ti más que a Flora, la escena del plantón y del rechazo explícito; lo acusas y dices que siempre te ha pasado igual, «así que ya estoy acostumbrada». (El director todavía cree que se equivocó mucho contigo; aún no habías entendido el «como si» y sin darse cuenta hizo que te rechazáramos). Después, en la escena del genio de los tres deseos, te dejaste colocar, en postura inverosímil, entre dos sillas y pides por orden: *un hombre que te quiera, dinero* y... que tu hermana (Flora en la ficción) sea feliz. El director se mete a ego. Te hace de padre y te acaba de hacer pedazos: «la llevas clara».

Ya en el comienzo de la disolución, llegaste a la quinceava, provocando, junto a Flora. Los egos os echan la «dramática bronca» y a la inversión de roles te quedas de piedra, hierática: «es que yo no me puedo poner al otro lado, no lo siento, no es lo mío; no me puedo meter en el papel del otro». Te fuiste con Flora, riendo muy angustiada.

Naturalmente no viniste a la dieciséis y tampoco a la última; la gobernanta nos cuenta que le has dicho que nos diga que venir al psicodrama «es una gilipollez».

Tu encuesta: «Yo qué sé qué es lo que más me ha gustado... el haberos conocido; lo que menos, la bronca del último día, de fuera y de dentro de la escena. Recuerdo haber hecho a gusto

la escena en la que me iba a vivir con Neli y con Flora, dejando la Casa Refugio; estuve a disgusto en la Cenicienta... bueno, cuando murió su madre. No me gustó nada el soliloquio del recién nacido. Creo que esto me ha servido... en momentos que me he reído... en otros me he agobiado; yo soy igual, yo sigo igual. No, no me ha hecho ningún daño. No profundizaría en la experiencia porque no, porque no me gusta; sí, sí, dije que era una gilipollez.

Yo qué sé si serviría para otras. Empecé porque lo dijeron en la casa y venían todas, seguí porque me reía y pasaba un rato a gusto y dejé de venir... por la búsqueda del piso, los electrodomésticos... Con vosotros fui cambiando positivamente. Estoy segura de que no hay nada en común entre nosotras.

Tengo 21 años, me casé en 1980 y me separé en el 86. Estudié hasta 7.º de E.G.B.; nací y me crié en Sevilla, en un nivel económico bueno-alto. Somos cuatro hermanos, tres mujeres y un varón; yo soy la pequeña. Mi padre vive, mi madre murió hace dos años y nunca estuvieron separados. Tengo una hija de tres años y veo el futuro negrísimo».

Tu coloquio: «Estábamos encerradas y veníamos por dar el paseo» (no para de contradecirse cuando se le recuerda el interés explícito que puso en ocasiones). «...Bueno, lo de la gilipollez es cuando hay algo más importante... al principio me gustaba, ahora ya no... si hiciéramos la Cenicienta yo saldría ahora, igual que Neli y que Beti. Vale, me reía nerviosa, como a la defensiva. Lo que me jodió fue la bronca del último día que vine». (Cuando le señalamos sus contradicciones coloquio-encuesta dice que no es igual una pregunta concreta que cuando las cosas se hablan).

5. Beti

No te conocimos hasta la cuarta sesión, ya que no habías llegado a la Casa Refugio, todavía. Pensabas que esto era como un teatro en el que se iban estudiando las cosas. Nos dejaste chafados cuando, al darte opción, propusiste Romeo y Julieta. Haces tus primeros intentos en papelitos y dices, al final, que has estado muy nerviosa. Impresionas contradiciendo a la mayoría y valorando que, a veces, es preferible hablar con una silla que con una persona.

La segunda vez parecías más animada, y te relacionabas más espontáneamente con nosotros. Haces bien de nena de cinco años («no quiero», «tonto», «malo»). Te enfurruñaste muy bien con el maestro. Y tú no quisiste hacer de maestra: «estoy en un momento malo con mis hijos... no puedo». Haciendo de adolescente protestabas por todo, bien de niñita de dos años muy traviesa y autoritaria como «seño», castigaste a Flora y dabas tirones de ella.

En la sexta, y eso que no ibas a salir a escena, te enfrentas, firme, a un cerrado marido que te culpaba de todo, ¿te acuerdas cuando a un desprecio suyo, levantaste tus puños sobre él, con ganas... y no descargaste por aquello del «como si»? Le diste miedo al ego-marido cuando te metiste en medio para que no pegara a tu ego-hijo. No te amilanas, no. Cómo te reíste, y con ganas, ante aquel marido caricaturesco que te servía la sopa y te fregaba los platos. Qué bonito, cuando, con lo tensa que habías venido, te fuiste tranquilizando y cambiando el gesto, dialogando suavemente con otro marido comprensivo. Sorprendida, dijiste: «pero esto es irreal, esto no pasa».

Colaboraste estupendamente en el grupo, en las escenas lúdicas de excursión de la séptima sesión. Quedaste sobrecogida ante la muerte del padre de Fernando; «me puse a pensar en otra cosa» (hasta qué punto asumías el rol que tuviste que desplazar tu pensamiento, haciendo ficción dentro de la ficción).

En la octava y novena te quedaste con las niñas. Muy cortada no asumiste el rol de Neli en la décima y tras ver la escena de crítica institucional de la granja para heroinómanos (muy dura, llena de metamensajes, de hipocresía) dijiste indignada: «no son escoria; no se les ha tratado como personas; no está bien eso de que su historia anterior no importe nada».

Te volviste a quedar en la onceava con las niñas y en la doce sufriste bien, junto a ego-hermana, a una madre que imponía tareas domésticas y a un brutal profesor de matemáticas. Salió tu generosidad al ceder un trozo de tu cama a la prima pobre del pueblo que hizo Anunci.

Expusiste tu situación en la trece, defendiendo el puesto de trabajo: «tres hijas, sin piso, separada». No viniste a la 14 ni a la 15 porque tuviste a dos de tus tres hijas ingresadas en el hospital.

Logras una buena representación de la compañera a la que vino a amenazar el marido, haciendo resaltar tu serena valentía y tu «saber estar».

Y en la diecisiete, tú sola, te desilusionaste y pusiste una cara de las que no se olvidan,

al ver que cerrábamos la experiencia y que no hacíamos sesión. La hicimos para ti sola y nos confirmaste la hipótesis: hay que trabajaros la fantasía. Estuviste encantadora en tu chalé ajardinado, junto a Bette Davis, haciendo esfuerzos por acercarte a tu invitado Frank Sinatra para poder entenderle su horrible «spanglish», mientras Dean Martin se emborrachaba, copa tras copa, ante el gozo general. Propiciaste, sin saberlo, la más tierna, verdadera y relajada escena de psicodrama desde que empezamos. Disfrutaste, te olvidaste de ti misma, entraste en la fantasía y de ti salió fantasía. «¿Puedo volver contigo?». «Sí, cuando quieras». Al final sólo, casi nada, comentaste que lo habías pasado «maravillosamente».

Tu encuesta: «Lo que más me ha gustado ha sido todo; las veces que he venido me han gustado. Lo que menos, no lo sé, alguna escena. La que hice más a gusto fue la última, la de Frank Sinatra. Las que hice más a disgusto eran las que tenía que enfrentarme con maridos, porque me ponía nerviosa y disgustada. Me ha servido para entretenerme un rato, para conocer gente nueva y no me ha hecho ningún daño. Sin duda, profundizaría en la experiencia, simplemente porque me gusta. Lo que no sé es si podrá servir para otras. Empecé a venir porque venían todas, seguí porque me gustaba, y por eso no he dejado de venir. Fui cambiando mi relación con vosotros de forma favorable. Creo que todas tenemos en común, los hijos y sacarlos adelante».

«Tengo 23 años; empecé a vivir con mi marido en 1981 y me casé con él en el 83; me separé en el 86. Tengo el Graduado Escolar; nací y me crié en Málaga, en un nivel bajo. Fuimos siete hermanos, cuatro varones y tres mujeres; yo, la mayor. Mis padres viven separados desde que yo tenía 15 años. Tengo tres hijos, de 4, de 2 años y de 7 meses. Veo mi futuro negro, negrísimo».

Tu coloquio: «El psicodrama quitaba agobio y es *coger otro mundo* cuando estás en las escenas. El hombre no es sincero y el ridículo es la desconfianza en nosotros mismos. Acordándome de Frank Sinatra creo que puede ser bueno para quien, como yo, ve insincero al hombre, hacer un esfuerzo para entenderse con él, como con Frank Sinatra. Las escenas angustiosas ayudan a enfrentarse a la vida».

(Beti acaba asintiendo, con las demás, que deberían trabajar más la confianza en sí mismas y no seguir esperando más al Príncipe Azul que hasta en los cuentos sólo llega después de dormirse durante muchos años e incluso para resucitar a su adorada... pero después de muerta).

OTRAS MUJERES

Dada la idiosincrasia de la Casa Refugio, hemos podido conocer a:

1. «T.»: Temía volverse loca y que su marido lo estuviera. Parecía una auténtica cría y sólo vino a la presentación, porque a la segunda sesión la habían trasladado porque el peligroso marido la tenía ya casi localizada.
2. «M.»: Señora más mayor que la media, que no parecía ni de lejos, molestarle ser maltratada y que tras un maratón que le dimos a bailar, sin ton ni son, en Cenicienta, no volvió (por eso y porque ya estaba, tan tranquila, en su casa).
3. «M. C.»: Auténtica «vedette» las veces que vino, creemos que hubiera dado poco juego en la experiencia, dado su ya natural histrionismo, y sus ganas enormes de concentrar en ella la atención. A la tercera, se fue a su ciudad a juicio y no volvió.
4. «P.»: La trajeron dos veces, al final, y trataba de convencer a todo el mundo de que para marido salvaje y racial, el suyo, que le mirabas mal y te cosía a navajazos con un cuchillo de monte que llevaba, por lo visto, en una bota.
5. «Hb.»: A ella, que sólo vino una vez, le debemos la anécdota reina de la experiencia. Su marido, joven expresidiario, tatuado hasta las cejas nos obligó a realizar una bonita dinámica de grupo, con él presente, dispuesto a «cualquier cosa» al día siguiente, si no le llevaba las niñas a las 11 de la mañana.

SU INTERRELACIÓN

Destacamos brevemente:

1. Apenas solidaridad.
2. Abundantes envidias y recelos.
3. Cada una a atender su problema.
4. «Amistades» infantiles de camaradería de niñas de colegio, como Nieves-Flora, así como uniones un tanto tragicómicas como M. C.-Nieves o P-Hb.
5. Francas rencillas y rechazos como el repentino entre Flora y Neli, o el de prácticamente todas por Beti.
6. Excesivo protagonismo de líderes inmaduras, de comportamiento caprichoso y distímico.

NUESTRA EXPERIENCIA

1. Hacia fuera

Después de cada sesión, sentados en la «mesa redonda» se nos venían cosas a la cabeza, como éstas, que recogidas en sentido cronológico quedan, más o menos, así:

Se tendría que ir la encargada acompañante. La presentación puede ser útil, tal como ha quedado, a pesar de todas las reticencias (de las mujeres y de la institución). Flora, muy bien, es todo un descubrimiento. Con Anunci no hay nada que hacer, pero cualquiera sugiere que no la traigan más. Estamos de acuerdo en que vienen porque les han dicho que hay que venir.

Preparamos técnica ante posibles «actings» (soliloquio, dobles, espejo)...; nunca nos hizo falta. Y si salía mal por entrar «solo» con psicodrama... pues vamos a Madrid y contamos el fracaso detalladamente. El redentorismo nos parece a todos nauseabundo.

Flora nos ayuda en las escenas. Pepe, pesimista, piensa que las infancias han debido ser horrorosas y que no pueden con la fantasía; que asisten obligadas y en paz. Fernando, optimista, dice que cada vez, a estas mujeres, les gusta más el psicodrama y que esto va bien. El director dice que él se ha venido abajo. Pero, si sólo vienen por obligación, ¿por qué participan y no se niegan, algunas, a las escenas?

Tenemos que buscar escenas de «fantasía intermedia» y no tan simbólica como la de los cuentos; escuelas, excursiones, campamentos, situaciones infantiles, etc. Y en cuanto se pueda: al cuento de hadas.

Otro día, Fernando cree que estas mujeres no entran, que lo echan todo a broma. María corrige y todos asentimos; Neli está mejor, participa más y aunque verbalice que lo pasa mal, disfruta en las escenas. Ojo con nuestras inhibiciones; si hay que representar amor, no puede quedar en algo ridículo. Es necesario que no estén las gobernantas; las cohartan a ellas y a nosotros. Pero ¿y si se lo decimos?, se enfadan y nos cortan la experiencia. Beti nos parece buena incorporación; debe estar muy trillada por la vida, pero puede dar mucho juego.

Creemos que han empezado a ver (sesión 5.ª) que no somos unos que venimos a jugar o a experimentar fríamente. Nos están empezando a admitir. Beti está a tope, debe estar absolutamente ahogada.

Tenemos que lograr un grupo nuclear: Neli, Flora, Beti; y también Nieves. No hay nada que hacer con Anunci. Están empezando a dramatizar bien y su participación es bastante buena. La técnica de los egos está alcanzando cotas apreciables. Hay que irlas haciendo jugar con edades distintas y alternar bien la realidad y la fantasía.

Pepe, que no ha podido estar en dos sesiones seguidas, opina que hay un avance llamativo (sesión 7.ª). Nieves no sabe hacer de niña, aunque crea que sí. Fernando ha estado genial en «la muerte de su padre». Ojo, que ya nos han cambiado de sitio la distribución del mobiliario; puede que las resistencias pasivas institucionales hayan pasado a ser más activas. ¿Sentirán que les estamos robando a sus descarriadas? Valoramos, con entusiasmo, el interés espontáneo de las mujeres y la defensa que hacen de la continuidad de la experiencia, tratando de introducir algunos cambios institucionales que la posibiliten.

Nos damos cuenta que formar y tener un grupo estable de psicodramatistas, es la única forma de hacer psicodrama dignamente y que es el primer año que trabajamos así.

Muy bien Flora. Nieves, con sus risas defensivas, necesita «hacer tablas» como sea.

Si después de la escena de los heroinómanos no nos quedamos sin psicodrama, es que esto puede seguir aún más, no cabe duda.

Reímos bastante con la anécdota de Pepe que veía, en escena, cómo, en cualquier momento, Nieves le iba a partir la cara. Creemos que ya es cuestión de seguir técnica y cerraremos bien antes de vacaciones. Deducimos (y deliramos) grupalmente que Flora, soltera y huérfana, tan joven y atractiva, sólo puede tener una causa para estar en Casa-Refugio: proxenetismo-prostitución (como puede verse, la lucubración es un arte libre). Comentamos, impresionados, la dureza de Nieves y la de la vida con ella.

Terminada la sesión doce, pensábamos que había clima grupal y que las mujeres venían a gusto. Nos sorprende que en el periódico local habían hecho una entrevista a Nieves (con foto velada y todo) explicando algunas salvajadas que la hacía su marido. Creemos que se muestran todas más sosegadas, e incluso más dulces, incluida Nieves. Y otro día terminamos hablando, muy serios, de marginación, violencia, presos, represión, rehabilitación, y la búsqueda sedienta del porqué y del comprender, en nuestra profesión de «saludadores» mentales.

Cuando acaba la catorce, tenemos claro que no dejan de esperar al Príncipe Azul, Nieves y Flora son dos auténticas crías. Decidimos *in situ*

(en la 17), acabar la experiencia a la vista de la pérdida de Nieves y, con ella, Flora y de lo que nos cuentan las gobernantas.

Al tiempo, proponemos las dos reuniones finales: una con las chicas (a solas) y otra con las gobernantas y la directora de la casa (también a solas). Al final de la escena con Beti sola, la última, el director verbaliza que así quería haber trabajado la fantasía, pero que ya era tarde.

2. Hacia dentro

Nos costó mucho trabajo asumir que no trabajábamos con enfermos mentales. Esta experiencia fue un auténtico reto para el equipo que se constituía. «Ahora haría psicodrama con quien fuera», dice alguien. Fue un hándicap que el director fuera psiquiatra. Estaríamos dispuestos a seguir, ahora ya menos presionados por muchas cosas. Siempre topamos con las instituciones.

Hemos aprendido a trabajar con no-enfermos. Hemos obtenido algunos beneficios personales: desinhibición, aumento de espontaneidad y de la capacidad de asumir roles; se ha establecido un grupo unido, serio, cohesionado, capaz de profundizar en escenas de: amor, desamor, frustración, violencia, desilusión, agresividad, soledad, persecución, injusticia... juego, fantasía. Ha sido una buena oportunidad de intentar comprender a otros (otras, en este caso), vivir escenas con ellas, salir de nosotros mismos. En algunas cosas nos hemos sentido reflejados. Creemos que estamos mejor.

ALGUNOS ASPECTOS INSTITUCIONALES

1 Dificultades propias, imponderables, inherentes al grupo de que se trata y que no requieren mayores explicaciones: tiempo límite en la casa, traslados por amenazas, juicios, etc.

2. Dificultades por ignorancia y extrañeza mutua: El error inicial nuestro (del director) que se nos reveló a la séptima sesión, de no identificar a la directora de la Casa Refugio, trajo consigo que toda la información previa dada sobre el psicodrama, qué es y lo que pretendíamos, no sirviera más que para conseguir la autorización de empezar la experiencia, pero ya torcida, puesto que dicha información la recibió otra persona, responsable, desde luego, pero no directora de la Casa de Refugio.

Así, la indudable extrañeza que supone el psicodrama para personas que no se han adentrado en él, hace que se viva de una forma ajena y naturalmente escéptica, cuando no francamente rechazante. «Teníamos que venir, pues aunque sabíamos que erais buenos profesionales, somos responsables de que estas mujeres no sean perjudicadas, y a lo mejor, esto era venir a hacer el mono». «De esto no hemos hablado nosotras, en todo el tiempo, en la casa». «Esto se nos presentó como algo aparte de la casa y que podría ser una ayuda» («esto», es el psicodrama).

Siempre hubo una colaboración formal, pero no fluida. La culpa es, naturalmente, nuestra que no queríamos falsear el psicodrama y confiábamos exclusivamente en él, abriéndose camino; pero eso no era válido de cara a la institución. Cuando nos quisimos dar cuenta ya había incomunicación. La entrevista *a posteriori* fue fructífera y autocrítica para nosotros, aparte de que se vieron algunas posibilidades futuras.

HIPÓTESIS TEÓRICAS. EVOLUCIÓN DE LAS MISMAS. CONCLUSIONES

En un trabajo anterior (PINTADO y col., septiembre 1985) se presentaba el *eje movilización-fantasía-conflicto* como el preciso que había que recorrer con psicóticos crónicos para que éstos hallasen un beneficio a través del *psicodrama.* En principio, pensamos aplicar este eje al trabajo con *mujeres maltratadas,* en el siguiente sentido: *a)* La movilización, etapa larga y costosa con los psicóticos, sería fácil y rápida con ellas, puesto que son «normales» y nosotros teníamos experiencia en Warning-up. *b)* Pensábamos en la importancia de la fantasía pura, primaria, simbólica y su desarrollo a corto plazo en estas mujeres a las que esperábamos tremendamente imbuidas en lo más nefando de la realidad. «Soltar» fantasía, manejarla, amoldarla, llevaría, como todos sabemos, a enfrentar y manejar mucho mejor la realidad. *c)* Entrar a más largo plazo en el *conflicto,* ya dominando el «juego de la mentira», podría hacer una labor de *bálsamo* que escuece pero restaña heridas aún abiertas y resistentes a la cicatrización. Así que funcionaríamos primero con escenas lúdicas, fáciles, de cuentos conocidos, por ejemplo, para llegar, poco a poco a escenificar sus situaciones, utilizando el juego de roles (incluso que hicieran el papel de sus maridos) en la etapa final.

Todo ello había que hacerlo en un tiempo récord (la estancia media de estas mujeres en la Casa Refugio es de dos meses) y en personas en momentos claramente críticos y angustiosos.

Pues bien, salvo excepciones, hubo una clara dificultad, ante la fantasía, de estas chicas. Preferían las escenas «suyas», reales, lo conocido. Parecía costarles a algunas el «como si» más que a los esquizofrénicos; de hecho, una de ellas jamás lo incorporó. Empezamos a utilizar una fantasía mucho más cercana y encontramos, contra lo que siempre habíamos creído saber, que les era mucho más fácil hacer roles de niñas pequeñas que de su propia edad. Y la adolescencia la asumían en escena con verdadera soltura.

Pensamos que coincide en todas ellas una niñez y juventud robadas, no vividas y que «realizan» en escena con verdadero placer, y ya que en la realidad nunca han jugado.

Poco a poco, nos damos cuenta de que no tienen (la mayoría) una incapacidad tan absoluta para trabajar la fantasía más pura. De esa forma, volvemos al *eje* y nos tuteamos con el conflicto y la violencia, y creemos confirmar que las que han trabajado con la fantasía tienen mejor «pronóstico».

a) Su niñez-adolescencia robada; *b)* su inferioridad y su yo débil (absolutamente necesitado de valoración ajena y de apoyo) y *c)* su increíble y patética espera del Príncipe Azul, creemos que constituyen las tres características comunes, fundamentales en ellas.

Por lo demás, no creemos que haya una tipología común de «mujer maltratada», aunque muchas circunstancias posteriores sí lo sean. Creemos que hay tantos tipos como personas, desde el extremo de aquellas en las que se atisba un claro agrado por la violencia y las situaciones tensas, así como por dominar a los demás y llamar la atención continuamente, todo ello adornado de un erotismo muy primitivo y un no aprender de la experiencia, al otro extremo de aquellas sumamente sensibles y con una gran capacidad de acariciar la vida, aunque ésta se les muestre, desde siempre, terriblemente esquiva.

En cuanto a conclusiones sobre cada una, en particular se pueden extraer, libre y subjetivamente de los apartados III al VI.

Creemos que el psicodrama es un gran medio, no convencional, para trabajar con marginales, en general y con mujeres maltratadas, en particular. Están hartos de entrevistas, ayudas, apoyos, dinámicas de grupo, grupos de concienciación, etc. El psicodrama puede y debe abrirse camino en estos terrenos poco propicios para él, en principio, pero que creemos cargados de posibilidades.

El utilizar, pura y exclusivamente el juego dramático, aunque a muchos les parezca una manera, como otra cualquiera, de hacer «el mono» o «el tonto», tiene el problema, al principio, de que se puede tomar a broma por los participantes y que para el psicodramatista es ir un poco a ciegas; pero tiene una enorme ventaja, que compensa con creces: el despertar la curiosidad, la ilusión, la fantasía, la clara aceptación y el desarrollo de la espontaneidad en personas hieratizadas por la dureza de sus circunstancias vivenciales. Todo depende de que los psicodramatistas se lo tomen en serio.

PSICOANIMACIÓN Y PSICODRAMA LETÍFICO PARA LA VEJEZ

RUTH TARQUINI

SERGIO CANADÉ

Cuando nos enfrentamos por primera vez a los ancianos dentro del contexto de las residencias para la tercera edad, uno se ve en la necesidad de cambiar en sí mismo la imagen de la vejez que nuestra cultura con su sistema de valores nos ha transmitido y que por consecuencia influye en nuestra percepción. Es imposible el psicodrama mientras se tenga una imagen de la vejez sólo como un proceso de deterioro y declinación. Antes de empezar a trabajar hay que tomar conciencia de la desvalorización brutal que llevamos a cabo con los ancianos; si no lo hacemos tendremos la impresión de enfrentarnos a un duelo interminable; entonces se explican ciertas «buenas intenciones» por parte de las autoridades cuando organizan climas maníacos a los que llaman tareas de animación y tareas de adaptación del anciano con respecto a un medio social que lo margina por su propia valoración de la ancianidad. Para llevar a cabo el psicodrama con ancianos tenemos que darnos cuenta del fracaso de nuestra sociedad que debe cambiar el sistema de vida desde la infancia, hacer un cuestionamiento del mismo, para poder llegar a viejo de una manera digna, sin sentirse menospreciado y miserable.

Uno descubre, trabajando con ancianos, más que con otras etapas de la vida, el giro interno, el cambio de valores a llevar a cabo para poder estar disponible internamente a lo que el anciano nos muestra y para ayudarlo a valorizar su existencia. Es difícil valorizar la vejez porque ésta nos pone frente a la proximidad de la muerte. Esto nos asusta o nos deprime. Es una variable importante a tener en cuenta.

Uno de los valores que nos muestra la vejez y que está muy relacionado con la práctica del psicodrama es la importancia del momento presente. No hay más inversiones a largo plazo. Es el sentido de la inmediatez, el simple placer de sentirse existir. Aquí más que nunca toma sentido el concepto moreniano de momento: «El Momento es la abertura por donde el hombre pasará en su camino». Tarea del psicodrama será entonces ayudar a los ancianos a valorizar el presente y la propia facultad que tienen de ver las cosas tal como se dan.

Es una experiencia maravillosa ver cómo una vez puestos aparte de la sociedad y ya fuera del círculo psicopático e inmoral de nuestra cultura competitiva los ancianos disponen, si se les da la ocasión y el ambiente propicios, de un caudal de espontaneidad a la hora de dramatizar difícil de ver en otras etapas evolutivas donde siempre está el resabio de quién es el que gana, de quién es el que manda.

El psicodrama letífico quiere ayudar al anciano a que tome conciencia de su margen de libertad, se propone favorecer, estimular esta toma de conciencia que le va a permitir elegir ser el autor de su propio devenir. El psicodrama letífico ayuda al anciano a movilizar su capacidad para aceptar la realidad de las múltiples pérdidas a la edad, asumirlas y redefinir su existencia teniéndolas en cuenta. Es acompañarle en la elaboración de este duelo y complemen-

tarle sus capacidades. La tensión entre permanencia y cambio ya sabemos que aumenta conforme se avanza en edad y la flexibilidad para aceptar los cambios es lo que hay que favorecer.

Otro de los objetivos del psicodrama letífico es favorecer la salida del rol de enfermo, que es una alternativa que le ofrece la sociedad a los ancianos. La enfermedad como la única posibilidad de entrar en un rol. El rol de enfermo reconstruye alrededor de la persona anciana todo un universo social y le permite reestructurar el tiempo. Las diferentes tomas de medicamentos durante el día, las visitas semanales al especialista, las curas de temporada, amueblan y miden el tiempo. Las relaciones con los médicos, enfermeros, fisioterapeutas, colocan al anciano en el centro de un sistema de intercambios sociales. El lenguaje de la enfermedad deviene como la única expresión de participación social. Es así que el refugio en la enfermedad es también el resultado de una lógica social: la sociedad aparta y separa al anciano de las funciones activas, le quita todo rol social reconocido y valorizado, lo coloca en una situación de renuncia. Pero sí lo reconoce como un buen consumidor de lo que los laboratorios fabrican. «No tengo tiempo, voy muy apurada porque se me hace tarde para tomar la pastilla» nos dice una abuela para participar en la actividad del psicodrama. No es el único ejemplo, la toma del medicamento siempre aparece al principio como invalidante de otras actividades.

El psicodrama letífico no se propone adaptar el anciano a la sociedad. Él está dentro de un proceso de lentificación del ritmo de su vida, mientras que la sociedad tiene una aceleración del ritmo tanto técnica como históricamente. Es interesante remarcar aquí que los recursos de la medicina se hacen muy pendientes de la niñez y de la vejez, es decir, el período donde los individuos no pueden ser reconocidos y donde el control de los efectos es menos fuerte. Son las edades donde las enfermedades psicosomáticas se desarrollan más y tienen que ver con la dificultad de adaptarse a la violencia social. Junto con la infancia es la vejez uno de los períodos de la vida que más exige readaptaciones en razón de los cambios que se producen. El anciano se encuentra confrontado a un sistema de valores que está en oposición fundamental a su vivencia de avanzar en edad. Es absurdo hablar de reinserción social tal como están las cosas, es la sociedad la que tiene que inventar, crear, encontrar e imaginar nuevos roles para que el anciano pueda insertarse en un nuevo espacio social, donde haya un lugar para él. En el caso de las residencias es el contexto de la misma lo que debe cambiar al unísono de los progresos que realizan los ancianos, progresos que siguen una dirección y un sentido que la mayor parte de las veces no son lo que la residencia espera; ellos quieren ancianos sumisos y dependientes, entienden el amor a los ancianos como un factor que aumenta la dependencia.

Al psicodrama para la vejez lo llamamos letífico por las características propias que toma en su desarrollo y por sus objetivos. Podría sintetizarse diciendo que para nosotros el psicodrama para la vejez debe intentar una restauración del narcisismo, narcisismo entendido aquí como fuente de energía y de toda actividad, como el sentimiento del propio valor, como la estima de sí mismo, como la imagen de sí que puede liberar al anciano de las tendencias depresivas ligadas al internamiento y a la presencia de la muerte. En definitiva vigorizar, avalorar, letificar.

Es psicodrama letífico por las características que conlleva la construcción de la matriz dramática. Hablamos aquí de una moratoria terapéutica, de un proceso previo para que un conjunto de circunstancias provoquen y faciliten la entrada al escenario, para que el anciano pueda expresar una demanda. Debemos tener en cuenta que cuando entramos a una residencia no son los ancianos quienes nos solicitan y que se resisten a establecer nuevos vínculos y a ligarse para evitar un nuevo desprendimiento. A esta primera parte del psicodrama letífico la denominamos psicoanimación y se trabaja el porvenir estructurando el tiempo de otra manera, organizando el tiempo libre, donde se tienen en cuenta tanto la forma de relacionarse, respetando una característica que les es propia: la fragilidad, la debilidad; avalorar esta característica implica no desarrollar la psicoanimación con el exhibicionismo de fuerza y poder con el que se suele obsequiar a los ancianos cuando entra la *gente joven* en las residencias a organizar salidas y fiestas. Este despliegue de actividades suele tomar más el aspecto de impulsividad que de vitalidad.

En esta primera fase trabajamos con la imagen corporal, la imagen de grupo, la relación con la familia y el afuera social. Todo esto apoyado con actividades de música, anti-gimnasia para la tercera edad, juegos e interacciones para recuperar movimientos. Asegurarles un margen de maniobra en un lugar donde sienten que han perdido el control y el poder sobre el medio. Esto es importante porque además se encuentran den-

tro de un grupo de pertenencia que a su vez es un grupo de referencia negativo. Esta vivencia de estar recluido en un grupo que la sociedad desvaloriza y unida a la de la pérdida de los roles favorece la decadencia aunque sean pocas las debilidades físicas que acompañen este proceso.

Para trabajar el contexto grupal nos ha sido de gran utilidad la técnica del cuento grupal elaborado por los mismos ancianos; en un comienzo estos cuentos fueron dramatizados por los animadores y luego también se incorporan los ancianos. Siempre la dramatización tiene una resonancia grupal y ellos mismos suelen revelar el significado. Nos permite ver que los roles que ocupan dentro de la dramatización del cuento y los que se ocupan dentro del grupo se relacionan. La mayoría de las veces hay un isomorfismo entre la dinámica del cuento y la grupal. También es frecuente el pasado y las pérdidas.

Los objetos mediadores y la técnica de la imagen ayudan a anticipar situaciones de temor o a terminar de elaborar las situaciones familiares de abandono y pérdida.

Cumplida esta primera fase que denominamos psicoanimación ya contamos con una matriz letífica óptima para comenzar el psicodrama.

Los ancianos, al reconectar con el aquí y ahora, comienzan a interesarse por lo que sucede y se encuentran en disponibilidad de actuar, de jugar roles más comprometidos en las escenas que nos proponen. Opinan y toman una actitud activa con lo que les pasa. Ven que la situación que estructuran entre todos la pueden manejar y que pueden insertarse dentro de ella con un rol, con una opinión, con un comentario. Esta situación no les es ajena, ni los margina. Ahí empieza la matriz letífica: son los roles y las escenas que se configuran con lo que ellos aportan activamente.

Hablamos aquí de la aparición de *roles revertidos* en el sentido que muchas veces la dramatización implica un desaprendizaje de la rigidez que tienen como reacción a las pérdidas debidas a la edad. Aparece en la mayoría de los casos una capacidad que parece mantenerse intacta con el avance en edad y hasta podríamos decir mejorada: la capacidad de descubrir una figura simple dentro de una figura compleja. Uno re-descubre con los ancianos que la capacidad de comprender no se reduce sólo a mecanismos intelectuales, que los afectos dan lucidez y sagacidad.

También tenemos en cuenta los *roles retirados;* son aquellos que ya no podrán volver a jugar y que algunos ancianos tienen la tendencia a negar esta situación cerrándose el camino hacia alternativas posibles, como tomar *roles restitutivos* dentro del marco de la residencia.

El psicodrama letífico tiene como objetivo que el anciano pueda proseguir, que pueda compensar los atentados de la edad. El psicodrama letífico elige ver a la vejez como el período de la sensatez. La vejez conquistada es la sabiduría. La sociedad actual tiene como finalidad socavar todo lo que conduzca hacia ese objetivo. Sólo el anciano con mucho dinero y cultura, o sea el que posee los elementos que la sociedad respeta, es respetado y puede encontrarse en una situación aceptable. En el contexto de las residencias es otra cosa la que está en juego: es el sentido de nuestra civilización. También hay muchos ancianos errantes por la calle.

El objetivo terapéutico del psicodrama letífico es reivindicar para los ancianos los siguientes valores:

— El poco consumo.
— La importancia del momento presente.
— El ocio y el tiempo libre.
— La debilidad y la fragilidad.
— La negación de la fuerza y el poder.

BIBLIOGRAFÍA

BEAUVOIR, S.: de «La Vejez». Ed. Edhasa. Barcelona 1983.

BLEGER, J.: Psicohigiene y Psicología Institucional. Ed. Paidós 1986.

CODERCH i DE SANS, J.: «L'envelliment i la vellesa». 9.º Congrés d'AMIEV Barcelona.

LAURANT, A.: L'age escandeleux. Editeurs francais réunis. París 1971.

ESPINA NAVARRO, J. A.: La práctica del psicodrama en las instituciones. Informaciones Psiquiátricas. 4.º trimestre, 1986.

MORENO, J. L.: Psicodrama. Ed. Hormé. Buenos Aires 1968.

MORENO CHAPARRO, J. L. y SÁNCHEZ MUR, M.: Psicodrama e Institución. Informaciones Psiquiátricas. 4.º trimestre 1986.

TARQUINI, R.: Aspectos formativos del psicodrama en la institución. Informaciones Psiquiátricas. 4.º trimestre, 1986.

APROXIMACIÓN A LA PROBLEMÁTICA DE LA DEFICIENCIA MENTAL MEDIANTE EL USO DE TÉCNICAS PSICODRAMÁTICAS*

MARISOL FILGUEIRA BOUZA

RESUMEN

Se trata de un trabajo empírico con un diseño cuasiexperimental, en el que dos grupos experimentales, formados uno por 14 sujetos deficientes mentales de grado ligero y medio, y el otro por 7 matrimonios (14 sujetos) padres de deficientes, fueron sometidos a 12 sesiones de psicodrama clásico y comparados en diversos factores (autoestima, locus of control, relaciones interpersonales, liderazgo, participación, obstrucción, implicación, inhibición, espontaneidad, autoconfianza) con otros dos grupos de control de similares características, formados uno por 8 sujetos deficientes mentales y el otro por 5 sujetos padres de deficientes.

El objetivo consistía en demostrar que la intervención con técnicas psicodramáticas es útil para este tipo de población, sobre todo debido a las deficiencias asistenciales que padece y por lo escaso de los trabajos realizados en esta línea.

Los resultados demuestran que los grupos experimentales se beneficiaron del tratamiento al experimentar mejoras en diversos aspectos (relaciones interpersonales, liderazgo, participación, autoestima, espontaneidad, implicación, inhibición) con respecto a los grupos de control e independientemente de éstos.

El psicodrama resulta útil para los deficientes mentales y para sus padres.

* Este trabajo fue realizado en el Centro de Investigación e Integración Socio-Laboral para Minusválidos Psíquicos Juan de Austria de ASPACEN, para lo que se contó con su total apoyo y estímulo, así como con la ayuda inestimable del personal del centro, padres y alumnos. En el tratamiento estadístico de los datos, se contó con el valioso asesoramiento del doctor RAFAEL SANMARTÍN, catedrático de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid. Agradecemos igualmente la colaboración del grupo de psicólogos que constituyeron el equipo terapéutico y de aquellos que tomaron parte en el análisis de las sesiones experimentales.

ABSTRACT

It is an empirical work with an almost-experimental design, where two experimental groups made up one of 14 mildy and moderately mentally retarded individuals, and the other of 7 couples (14 people) parents of retarded children, went through 12 classic psychodramatic sessions and were compared in different respects (self-esteem, locus of control, interpersonal relationships, leadership, participation, obstruction, involvement inhibition, spontaneity, self-confidence) with two similar featured control groups, made up one of 8 mentally retarded and the other of 5 individuals parents of retarded children.

The goal was to prove that the intervention with psychodramatic techniques in that population is effective, especially because of the deficiencies of their care services and the shortage of research works made in that line.

Results show that the experimental groups profited the treatment, as they improved in different respects (Interpersonal Relationships, Leadership, Participation, Self-esteem, Spontaneity, Involvement, Inhibition) vis-a-vis the control groups and

on their own, that is, without being compared with the latter.

Psychodrama is effective with mentally retarded individuals and with their parents.

RESUME

C'est un travail empirique avec un dessin quasi-expérimental, oú deux groupes expérimentaux formés l'un par 14 sujets débiles mentaux et l'autre par 7 couples (14 sujets) parents de débiles, ont été soumis á 12 seánces de psychodrame classique et comparés en divers facteurs (autoestime, locus of control, relations interpersonaux, leadership, participation, obstruction, implication, inhibition, espontanéité, autoconfiance) avec deux autres groupes de control aux caractéristiques similaires, formés l'un par 8 sujets débiles mentaux et l'autre par 5 sujets parents de débiles.

L'objectif était démontrer que l'intervention avec des techniques psychodramatiques chez cette population est efficace, surtout á cause des déficiencies des services d'aide qu'elle souffre et de la manque de travails faites sur cerre ligne.

Les resultats mentrent que les groupes expérimentaux se sont benéficiés du traitement, puisqu'ils se sont améliorés en diverses facteurs (relations interpersonaux, leadership, participation, autoestime, espontanéité, implication, inhibition) par rapport aux groupes de control et indépendamment de ceux-ci.

Le psychodrame est efficace avec les débiles mentaux et avec leurs parents.

INTRODUCCIÓN

El trabajo surge de la apreciación de una serie de deficiencias asistenciales en la población de minusválidos, particularmente en materia terapéutica. Utilizando técnicas psicodramáticas, se organizó un diseño que pudiera dar como resultado alguna valoración de la eficacia que dichas técnicas pudieran tener en este sentido y sus posibilidades con vistas a diseñar, a largo plazo, un proyecto de intervención terapéutica aplicable a la población de deficientes mentales y personas que les rodean (familiares, amigos, profesionales...).

Desde tiempos remotos ha existido inquietud por la explicación de los «comportamientos desviados» y necesidad de ponerles remedio. Las distintas teorías de la personalidad surgidas a lo largo de la historia han propuesto y desarrollado diferentes técnicas para la modificación y/o extinción de dichos comportamientos. Cabe distinguir, a grandes rasgos, tres grandes movimientos en este sentido: las teorías psicodinámicas, las teorías del aprendizaje y el movimiento humanístico. Es en este último donde hay que ubicar el instrumento terapéutico seleccionado como estratégicamente oportuno y sometido a prueba a través de este trabajo: el psicodrama.

El psicodrama es un conjunto de técnicas desarrolladas por el médico austríaco —aunque rumano de nacimiento— J. L. MORENO a partir de 1912. Consiste en la dramatización improvisada (sin guiones) de la propia vida en un escenario, y ello con tres objetivos:

1. Como *terapia de las dolencias psíquicas* que busca la «catarsis» y el «insight».
2. Como *pedagogía de las relaciones interpersonales* mediante el fomento del «encuentro» entre los seres humanos y el adiestramiento de la espontaneidad.
3. Como *formación en comunicación verbal y no verbal* para favorecer la integración de los individuos en los grupos.

Aparentemente, las posibilidades que el psicodrama ofrecía a los deficientes mentales eran inmensamente ricas, pues es bien sabido que uno de los terrenos donde mayores dificultades encuentran estos sujetos y que suscita mayor preocupación social es precisamente el de la comunicación y las relaciones interpersonales.

Obviamente, las técnicas psicodramáticas tendrían que mitigar sus dificultades de expresión y, al proporcionar competencia para entablar relaciones interpersonales con mayor habilidad y eficacia, también les haría candidatos a una más rápida y fácil integración social, lo que les permitiría experimentar, cada vez menos, los episodios de marginación a los que habitualmente se les ha sometido. También sus padres, culturalmente impelidos a ocultar o disminuir su situación, se beneficiarían particularmente de este último aspecto.

Una revisión bibliográfica reveló una enorme escasez de trabajos de investigación que utilizasen el psicodrama con deficientes y una cierta actitud de escepticismo con respecto a su eficacia e incluso con respecto a la viabilidad de su aplicación en este tipo de población. Varios trabajos arrojaban resultados alentadores. Algunos de ellos discutían las posibilidades de la intervención psicoterapéutica con deficientes mentales o exponían resultados positivos obte-

nidos con dicha intervención (WEGMAN, 1943; KATZ, 1944; COOLEY, 1945; COTZIN, 1945; GLASSMAN, 1945; THORNE, 1948; ABEL, 1953; FISHER y WOLSON, 1953; MUNDY, 1957; MC DANIEL, 1960, ROBINSON, 1976; RYNDERS, SPIKER y HORROBIN, 1978; STERNLICHT, 1981; INGALLS, 1982). Otros analizaban la capacidad de los deficientes para adoptar roles y los efectos producidos por el entrenamiento en semejante habilidad (FLAVELL, 1968; DE VRIES, 1970; CHANDLER, GREENSPAN y BARENBOIM, 1974; AFFLECK, 1974; 1975a, 1975b y 1976; BLACHER-DIXOW y SIMEONSON, 1978; KITANO, STIEHL y COLE, 1978). Por último, y éstos fueron los más interesantes, había trabajos que estudiaban los efectos sobre deficientes de técnicas como el role-playing (LONG, 1959; BRYER y WAGNER, 1963), el sociodrama (ARNHOLTER, 1955; FOSTER, 1975; STRAIN, 1975; KLEPAC, 1978; SIMEONSON, MONSON y BLACHER-DIXOW, 1979) y el psicodrama (PILKEY, GOLDMAN y KLEINMAN, 1961; DESMEDT, 1967; MEYNIEL, 1978; COBO y DEL OLMO). En cuanto a los padres de deficientes, no había trabajos realizados con técnicas psicodramáticas, pero sí los había que estudiasen la conveniencia y resultados de distintas técnicas de ayuda, terapia y educación (BENNET, 1957;

TABLA 1

Puntuaciones obtenidas por los grupos de padres en la fase de test

G. experimental (N = 10) sujeto n.º	Test	SIV (GORDON) S PD	S PC	C PD	C PC	R PD	R PC	I PD	I PC	B PD	B PC	L PD	L PC	L of C (ROTTER) PD	L of C PC	A (SHERWOOD) PD	A PC
1		23	97	22	70	10	75	12	40	14	11	5	5	1	7	127	10
2		10	15	21	60	7	60	18	60	27	80	7	20	14	39	175	90
3		10	20	22	85	9	60	10	20	27	80	12	40	5	21	190	99
4		22	93	18	35	10	80	12	15	25	70	3	5	7	32	150	70
5		11	20	24	85	4	15	25	97	22	60	4	5	12	86	145	57
6		21	90	11	7	7	60	22	80	24	60	5	10	16	99	147	60
7		14	50	19	45	11	80	8	15	23	70	15	70	8	54	138	37
8		18	76	20	50	6	50	18	60	24	60	3	5	8	54	138	37
9		14	50	14	15	6	35	11	35	29	99	16	75	8	54	145	57
10		17	70	18	35	5	40	13	20	30	99	7	20	12	86	121	7
	Media $\overline{X}$	16	58	17	49	8	56	15	44	25	69	8	25	9	59	148	52
	Desv. típica Sx	4,9	31,8	4,4	26,8	2,2	21	5,5	28,9	4,5	25	4,8	27,2	4,4	31,9	20,7	30,4

G. control (N = 5) sujeto n.º	Test	SIV (GORDON) S PD	S PC	C PD	C PC	R PD	R PC	I PD	I PC	B PD	B PC	L PD	L PC	L of C (ROTTER) PD	L of C PC	A (SHERWOOD) PD	A PC
1		7	4	19	45	3	10	25	97	23	70	13	60	4	18	130	17
2		14	50	17	30	4	25	21	77	23	50	8	35	9	71	150	70
3		15	55	21	60	13	89	18	80	11	5	12	50	—	—	129	13
4		13	40	24	85	14	90	10	25	18	30	11	45	11	79	145	57
5		20	85	19	40	12	90	9	10	26	75	4	10	15	96	150	70
	Media $\overline{X}$	14	47	17	52	9	61	17	58	16	46	10	40	10	66	141	45
	Desv. típica Sx	4,6	20,2	4,2	21,3	5,2	39,8	6,9	37,9	5,8	29	3,6	19	4,5	33,6	10,5	28,2

TABLA 1

Puntuaciones obtenidas por los grupos de padres en la fase de retest
(Continuación)

G. experimental (N = 10) sujeto n.º	Test	SIV (GORDON) S PD	S PC	C PD	C PC	R PD	R PC	I PD	I PC	B PD	B PC	L PD	L PC	L of C (ROTTER) PD	L of C PC	A (SHERWOOD) PD	A PC
1		14	50	21	60	10	75	14	60	23	70	8	20	1	1	137	30
2		13	40	18	35	8	65	16	40	28	90	7	20	8	54	159	77
3		11	20	25	90	5	25	10	25	30	99	9	25	2	11	180	97
4		21	90	17	30	10	80	18	60	22	40	2	4	3	14	144	47
5		12	30	19	45	5	25	22	95	27	95	5	5	7	32	160	80
6		20	85	8	1	7	60	20	70	27	80	5	10	13	89	131	20
7		13	40	24	85	8	50	12	40	23	70	10	35	9	71	154	73
8		19	80	19	23	8	65	14	25	27	80	3	5	10	75	134	27
9		13	40	27	99	8	50	12	40	25	80	5	5	8	54	144	47
10		14	50	22	70	5	40	11	11	30	99	8	35	9	71	115	3
	Media $\overline{X}$	15	53	20	54	8	54	15	47	26	80	6	16	7	48	146	50
	Desv. típica Sx	3,5	24,1	5,3	32,2	2	19,1	4	24,9	2,8	17,7	26	12,3	3,8	29,8	18,2	30,5

G. control (N = 5) sujeto n.º	Test	SIV (GORDON) S PD	S PC	C PD	C PC	R PD	R PC	I PD	I PC	B PD	B PC	L PD	L PC	L of C (ROTTER) PD	L of C PC	A (SHERWOOD) PD	A PC
1		8	5	17	30	4	15	27	97	23	70	9	25	9	71	140	40
2		13	40	18	35	6	50	25	95	25	70	3	5	8	54	180	97
3		11	20	22	70	9	65	24	96	11	5	13	60	—	—	133	23
4		17	75	12	10	12	85	7	11	15	15	27	99	9	71	166	87
5		21	90	24	85	7	69	9	10	17	15	12	65	6	25	162	83
	Media $\overline{X}$	14	46	19	46	8	55	18	62	18	35	13	51	8	55	156	66
	Desv. típica Sx	5	35,9	4,6	30,7	3	25,7	9,5	40,8	5,7	32,2	8,8	36,6	1,4	21,7	19,3	32,4

MANDELBAUM, 1967; GARCÍA ETCHEGOYHEN DE LORENZO, 1970), asesoramiento o «counseling» (BECK, 1959; NOLAND, 1975; ISHTIAQ, 1979), entrenamiento conductual (HEIFETZ, 1947; MOLLOY, 1980), etc. Y se formuló la hipótesis del presente estudio para empezar a trabajar:

«La intervención con técnicas psicodramáticas en grupos de deficientes mentales y de padres de deficientes resulta útil en la medida en que pueden obtenerse resultados favorables en diversos aspectos de interés.»

MUESTRA

El trabajo se llevó a cabo en un centro de Madrid destinado a la integración socio-laboral de minusválidos psíquicos, con cuatro grupos cuyos sujetos fueron seleccionados aleatoriamente y que estaban compuestos de la siguiente manera:

1. *Grupo Experimental de Padres (PE):* 7 matrimonios (14 sujetos), padres de deficientes mentales (PDM), con edades comprendidas entre

los 43 y los 67 años ($\overline{X}$ = 54) y distintos niveles socioculturales.

2. *Grupo Control de Padres (PC):* 3 matrimonios (6 sujetos), padres de deficientes mentales, con edades comprendidas entre los 43 y los 57 años ($\overline{X}$ = 49) y distintos niveles socioculturales.
3. *Grupo Experimental de Hijos (HE):* 15 deficientes mentales (DM) —8 varones y 7 mujeres— de grado ligero o moderado (según la clasificación de la OMS), con edades comprendidas entre los 19 y los 26 años ($\overline{X}$ = 23), que acudían al centro desde sus hogares o residían en él, ocupándose en las actividades de los distintos talleres de trabajo.
4. *Grupo Control de Hijos (HC):* 8 deficientes mentales —6 varones y 2 mujeres— de grado ligero o moderado, con edades comprendidas entre los 20 y los 25 años ($\overline{X}$ = 23) y en las mismas condiciones que los hijos del grupo experimental.

TABLA 2

Puntuaciones obtenidas por los grupos de hijos en la fase de test

G. experimental (N = 11)		SIV (GORDON)												L of C (ROTTER)		A (SHERWOOD)	
		S		C		R		I		B		L					
sujeto n.º	Test	PD	PC	PD	PC	PD	PC	PD	PC	PD	PC	PD	PC	PD	PC	PD	PC
1		17	75	11	10	15	95	10	25	19	40	16	75	12	32	13	76
2		19	80	16	25	15	95	7	11	26	90	5	5	15	65	12	59
3		14	50	8	4	18	99	21	90	11	5	15	70	17	86	12	59
4		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	65	13	76
5		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18	97	7	8
6		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18	97	8	16
7		9	11	15	23	14	96	15	30	16	11	20	93	—	—	—	—
8		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	14	13	76
9		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	51	11	49
10		13	40	11	7	9	75	17	50	11	4	11	55	15	65	13	76
11		9	11	13	15	12	90	14	25	28	90	14	75	16	73	10	32
	Media $\overline{X}$	14	45	12	14	14	92	14	39	19	40	14	62	15	65	11	53
	Desv. típica Sx	4,1	29,9	2,9	8,5	3	8,6	4,9	28,2	7,3	40,8	5,1	30,5	2,5	26,7	2,2	25,9

G. control (N = 8)		SIV (GORDON)												L of C (ROTTER)		A (SHERWOOD)	
		S		C		R		I		B		L					
sujeto n.º	Test	PD	PC	PD	PC	PD	PC	PD	PC	PD	PC	PD	PC	PD	PC	PD	PC
1		15	60	16	25	11	85	15	30	19	25	15	77	9	8	11	49
2		22	96	15	20	14	90	13	50	20	45	6	10	15	65	19	99
3		16	70	15	20	18	99	13	50	14	11	14	65	14	51	12	59
4		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	51	15	92
5		15	55	14	15	10	75	15	65	15	15	21	95	18	97	11	49
6		14	50	15	20	19	99	11	35	17	25	11	45	18	97	11	49
7		9	10	13	11	8	50	18	80	18	30	24	97	20	99	13	76
8		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	5	10	32
	Media $\overline{X}$	15	57	15	19	13	83	14	52	17	25	15	65	15	59	13	63
	Desv. típica Sx	4,1	28,1	1	4,8	4,4	17,3	2,3	18,6	2,3	12	6,5	33,1	4,6	38,1	2,9	23,5

TABLA 2

Puntuaciones obtenidas por los grupos de hijos en la fase de retest
(Continuación)

G. experimental (N = 11) sujeto n.º	Test	SIV (GORDON) S PD	S PC	C PD	C PC	R PD	R PC	I PD	I PC	B PD	B PC	L PD	L PC	L of C (ROTTER) PD	L of C (ROTTER) PC	A (SHERWOOD) PD	A (SHERWOOD) PC
1		22	96	6	1	16	97	12	40	20	45	14	65	16	73	17	97
2		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	51	11	49
3		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	51	15	92
4		17	75	17	30	11	80	10	25	18	30	14	65	13	38	15	92
5		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17	86	7	8
6		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17	86	10	32
7		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	38	4	3
8		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	24	15	92
9		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	24	15	92
10		15	60	13	15	15	97	11	11	18	20	11	55	11	24	8	16
11		18	76	12	10	17	99	13	20	14	10	13	70	11	24	14	78
	Media $\overline{X}$	18	77	12	14	15	93	12	24	18	26	13	64	13	47	12	59
	Desv. típica Sx	2,9	8,5	4,5	12,1	2,6	8,8	1,4	12,1	2,4	10,4	1,4	6,2	2,4	24,5	4,1	38,1

G. control (N = 8) sujeto n.º	Test	SIV (GORDON) S PD	S PC	C PD	C PC	R PD	R PC	I PD	I PC	B PD	B PC	L PD	L PC	L of C (ROTTER) PD	L of C (ROTTER) PC	A (SHERWOOD) PD	A (SHERWOOD) PC
1		9	11	13	15	11	85	22	80	16	11	19	90	12	32	11	40
2		24	97	10	4	15	95	15	65	18	30	5	5	12	32	17	97
3		13	40	17	30	9	65	14	60	19	40	18	85	17	86	10	32
4		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	65	12	92
5		17	75	15	20	8	50	12	40	21	50	17	80	16	73	8	16
6		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	14	13	26
7		12	30	14	15	9	65	15	65	17	25	23	96	17	86	10	82
8		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	3	9	19
	Media $\overline{X}$	15	51	14	17	10	72	16	62	18	31	16	71	13	49	11	48
	Desv. típica Sx	5,7	34,8	2,5	9,4	2,8	17,8	3,8	14,4	1,9	14,8	6,8	37,4	3,6	32,7	2,8	28,4

La muestra seleccionada originalmente era más numerosa. Sin embargo, la peculiar y necesaria mortandad de este tipo de población la redujo finalmente al número, aparentemente escaso, que se indica. Efectivamente, resulta bastante difícil lograr que dichos sujetos asistan con constancia y regularidad al tipo de actividades organizadas en este trabajo, por las especiales dificultades con que se enfrentan (particularmente, la de compatibilizar el horario de las sesiones con las distintas ocupaciones y actividades laborales de los padres, su asistencia a otro tipo de actividades de asesoramiento, etc. Muchos de los deficientes, por su parte, no podían acudir solos al centro o a sus hogares y habían de contar para ello con sus padres).

MÉTODO

El método consistió en un diseño cuasi-experimental, organizado de la siguiente manera:

Fase de Test

La muestra completa fue sometida a una serie de pruebas, seleccionadas en razón de los factores que medían, pues se consideró que constituían puntos débiles en el conjunto de habilidades de la población estudiada y que podían mejorar tras el tratamiento experimental:

1. *Grupos de Padres* (Experimental y Control).
   — Cuestionario de Valores Interpersonales de GORDON (SIV, 1977), con sus 6 factores: Estímulo (S), Conformidad (C), Reconocimiento (R), Independencia (I), Benevolencia (B) y Liderazgo (L).
   — Rotter's Internal-External Locus of Control Scale (1966).
   — Sherwood's Self-Concept Inventory (1962).
2. *Grupos de Hijos* (Experimental y Control).
   — Cuestionario de Valores Interpersonales de GORDON (SIV, 1977).
   — Bialer-Cromwell Children's Locus of Control Scale (1960).

TABLA 3

Puntuaciones medias grupales. Grupo de padres

	Factores							
Sesiones	Liderazgo	Participación	Obstrucción	Implicación	Inhibición	Espontaneidad	Autoconfianza	R. interpersonal
1	0	1	0	2	1	2	2	2
2	0	1	0	2	1	2	2	2
3	0	1	0	2	1	2	1	1
4	1	2	0	2	1	2	2	2
5	1	1	0	2	1	2	2	2
6	0	2	0	2	1	2	2	2
7	1	2	0	2	1	2	2	2
8	0	2	0	2	1	2	2	2
9	0	1	0	1	1	2	2	1
10	0	1	0	2	1	2	1	1
11	0	1	0	1	1	2	1	1
12	0	2	0	1	1	2	2	1

TABLA 4

Puntuaciones medias grupales. Grupo de hijos

	Factores							
Sesiones	Liderazgo	Participación	Obstrucción	Implicación	Inhibición	Espontaneidad	Autoconfianza	R. interpersonal
1	0	1	1	1	2	1	1	1
2	0	1	0	1	2	2	1	1
3	0	1	1	1	1	2	1	1
4	0	1	1	1	2	2	1	1
5	0	0	0	1	2	2	1	1
6	0	1	0	2	1	2	1	1
7	0	1	0	2	1	2	1	1
8	0	0	0	2	1	2	1	1
9	0	0	0	2	1	2	1	1
10	0	1	0	2	1	2	1	1
11	0	0	0	2	2	2	2	2
12	0	0	0	2	1	2	1	2

TABLA 5

Puntuaciones asignadas al equipo terapéutico

Por su actuación en el grupo de padres				Por su actuación en el grupo de hijos			
	Factores				Factores		
Sesiones	Directividad	Oportunidad	Aprecio	Sesiones	Directividad	Oportunidad	Aprecio
1	3	2	2	1	3	3	3
2	2	2	2	2	2	2	2
3	2	2	2	3	2	3	2
4	2	2	2	4	3	3	3
5	2	2	2	5	3	2	2
6	2	2	2	6	2	3	2
7	2	2	2	7	2	2	2
8	1	2	2	8	2	2	2
9	2	2	2	9	2	2	3
10	2	2	2	10	2	2	3
11	2	2	2	11	2	2	3
12	2	2	2	12	2	2	2

— Self-Esteem Inventory (Coopersmith, 1967).

El orden de administración de las pruebas se determinó aleatoriamente.

Tratamiento Experimental

Los dos grupos experimentales (padres e hijos) fueron sometidos por separado a doce sesiones de psicodrama clásico, a razón de una sesión semanal de dos horas de duración, repartidas a lo largo de tres meses y coordinadas por un equipo terapéutico compuesto por tres psicólogos clínicos: uno, varón, que hizo las funciones de director y otros dos, mujeres, que hicieron las funciones de ego-auxiliares. Estas sesiones se grabaron en vídeo mediante circuito cerrado de TV y con dos micrófonos ocultos en

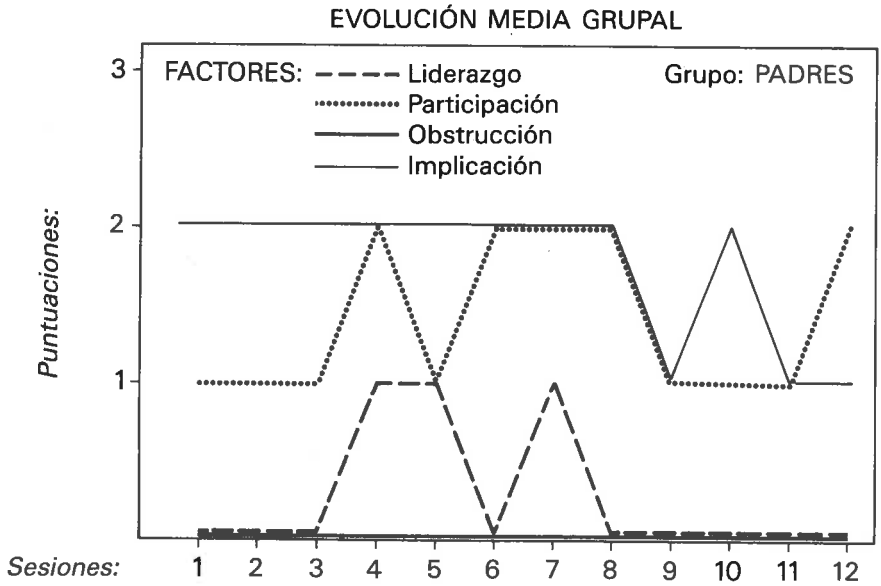


Fig. 1

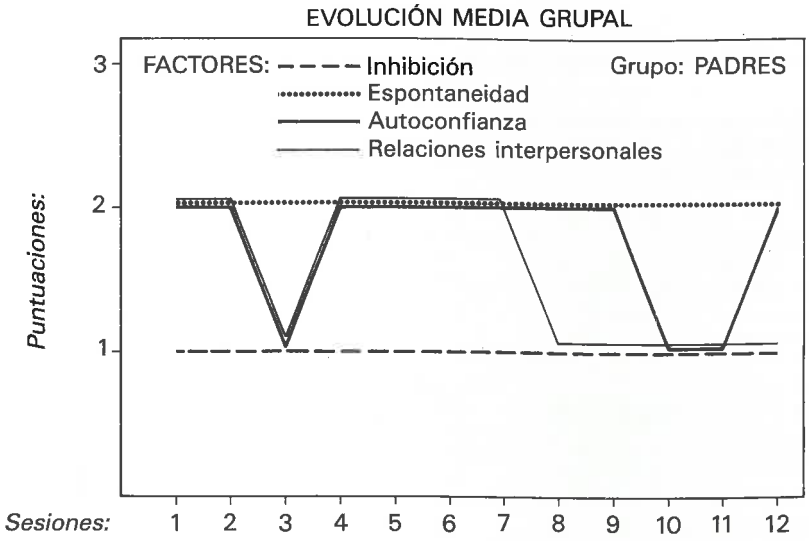


Fig. 2

TABLA 6

Resultados de la entrevista impartida a los padres del grupo experimental (N = 10)

1. Reacción al saber que el hijo era deficiente (P.A.):	Indiferencia		Schock, depresión, ideas fatalistas		Resignación y empeño por salvarlo		Serenidad y esperanza en el futuro			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
	1	10	4	40	3	30	2	20		
1a. Impacto:	Muy malo		Malo		Regular		Bueno		Muy bueno	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	2	20	2	20	6	60	0	0	0	0
2. Hasta qué punto este hecho frustró el proyecto de vida personal:	Nada		Algo		Poco		Bastante		Mucho	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	8	80	0	0	0	0	1	10	1	10
3. En la vida matrimonial el hecho tiene un significado:	Positivo		Negativo		No ha influido					
	n	%	n	%	n	%				
	9	90	0	0	1	10				
4. Se consideran favorecidos en enriquecimiento humano con respecto a los que no tienen hijos deficientes.	Sí		No							
	n	%	n	%						
	8	80	2	20						
5. Son partidarios de:	Los hijos deben organizarse solos				Es preciso organizar a los hijos					
	n	%			n	%				
	3	30			7	70				

TABLA 6

Resultados de la entrevista impartida a los padres del grupo experimental (N = 10)
(Continuación)

6. En la educación de los hijos, son partidarios de:	Libertad		Autoridad		Término medio					
	n	%	n	%	n	%				
	4	40	1	10	5	50				
7. Creen que en el grupo hay quien no sabe cómo enfocar el problema:	Sí		No							
	n	%	n	%						
	5	50	5	50						
8. Qué pueden aportar al grupo o qué creen que se le deba aportar (P. A.):	Afán de lucha		Una visión distinta del problema		Comprensión, amistad, colaboración		No sabe			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
	1	10	4	40	3	30	2	20		
9. Son partidarios de la prevención de la subnormalidad:	Sí		No							
	n	%	n	%						
	10	100	0	0						
10. Son partidarios del aborto terapéutico:	Sí		No							
	n	%	n	%						
	4	40	6	60						
11. Creen que tener un hijo deficiente influye desfavorablemente en el trato con los otros hijos:	Nada		Algo		Poco		Bastante		Mucho	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	2	20	2	20	0	0	2	20	4	40
12. Han declinado funciones en los otros hijos con respecto al deficiente:	Sí		No							
	n	%	n	%						
	3	30	7	70						
13. Alguno de los hermanos ha acusado un exceso de atención hacia el deficiente:	Sí		No							
	n	%	n	%						
	3	30	7	70						
14. Piensan que las sesiones de grupo han influido en el trato del hijo deficiente:	Sí		No		No, pero suscitaron reflexión al respecto					
	n	%	n	%	n	%				
	4	40	5	50	1	10				
15. Piensan que las sesiones de grupo han influido en el trato de los otros hijos:	Sí		No		No, pero suscitaron reflexión al respecto					
	n	%	n	%	n	%				
	4	40	4	40	2	20				

TABLA 6

Resultados de la entrevista impartida a los padres del grupo experimental (N = 10)
(Continuación)

	Nada		Algo		Poco		Bastante		Mucho	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
16. Amigos y familiares se retrajeron de su amistad al nacer el deficiente:	5	50	3	30	0	0	2	20	0	0
17. Ustedes mismos se han retraído por este motivo:	2	20	6	60	0	0	2	20	0	0
18. La asistencia a las sesiones les ha permitido establecer amistad con los componentes del grupo:	0	0	2	20	0	0	4	40	4	40

	Cuestión de azar		Imprevisión personal		Una forma de castigo		Otros*	
	n	%	n	%	n	%	n	%
19. Consideran que tener un hijo deficiente es:	6	60	0	0	1	10	3	30

	Sí		No	
	n	%	n	%
20. Consideran que ciertas personas tienen buena o mala suerte al margen de sus cualidades:	7	70	3	30
21. Tienen un autoconcepto más positivo que antes de casarse:	9	90	1	10
22. Creen que su conducta con el hijo deficiente es la mejor que puede llevarse:	3	30	7	70
23. Las sesiones de grupo les han aportado una mayor autoconfianza en el trato con el hijo deficiente:	10	100	0	0

	Nada		Algo		Poco		Bastante		Mucho	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
24. Desde el punto de vista del provecho personal, valoran estas sesiones como algo útil:	0	0	0	0	0	0	4	40	6	60

TABLA 6

Resultados de la entrevista impartida a los padres del grupo experimental (N = 10)
(Continuación)

25. Las sesiones les han servido para encajar mejor la presencia del hijo deficiente:	Nada		Algo		Poco		Bastante		Mucho	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	4	40	1	10	0	0	2	20	3	30

26. Qué esperaban de las reuniones en lugar de lo que se hizo (P.A.):	Charlas, conferencias, coloquios		Mayor información		Lo que se hizo	
	n	%	n	%	n	%
	6	60	3	30	1	10

27. Les condicionó saber que se estaban grabando las sesiones:	Nada		Algo		Poco		Bastante		Mucho	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	10	100	0	0	0	0	0	0	0	0

28. Les gustaría que se hubiesen impartido:	Más sesiones		Menos sesiones		Las mismas	
	n	%	n	%	n	%
	8	80	0	0	2	20

29. Finalizadas las sesiones, consideran que alguna conducta personal merece ser rectificada:	Sí		No	
	n	%	n	%
	8	80	2	20

* Se refirieron a la mala asistencia médica y a la falta de información.

P. A.: Pregunta abierta.

la sala. Los sujetos fueron informados de este hecho y se obtuvo su permiso. Hay que tener en cuenta que se trata de una población acostumbrada a olvidarse de las cámaras por trabajar con cierta frecuencia en circunstancias similares.

Fase de Retest

Se repitió el procedimiento seguido en la fase de test. Los datos obtenidos en ambas fases se presentan en las tablas 1 y 2. Adicionalmente, se llevó a cabo una entrevista semiestructurada

TABLA 7

Valores F obtenidos con los análisis de varianza

Factores	F
S	0,5863
C	4,0756*
R	4,2130*
I	0,9755
B	6,1858*
L	4,2408*
L of C	0,4912
A	0,3990

* Son significativos a un NC: 1 %.

TABLA 8

Valores t obtenidos en el análisis de significación de diferencias de medias

Factor C		A				D			
		PE	PC	HE	HC	PE	PC	HE	HC
A	PE		—0,203			0,428			
	PC						—0,262		
	HE				—1,146			—0,389	
	HC								—0,283
D	PE						0,429		
	PC								
	HE								—0,023
	HC								

Factor		A				D			
		PE	PC	HE	HC	PE	PC	HE	HC
A	PE		—0,296			—0,389			
	PC						—0,582		
	HE				1,042			1,877	
	HC								—0,839
D	PE						—0,079		
	PC								
	HE								1,905
	HC								

Factor B		A				D			
		PE	PC	HE	HC	PE	PC	HE	HC
A	PE		1,522			1,404			
	PC						—0,831		
	HE				0,788			—0,47	
	HC								0,555
D	PE						2,76*		
	PC								
	HE								—0,505
	HC								

Factor L		A				D			
		PE	PC	HE	HC	PE	PC	HE	HC
A	PE		—1,030			—1,103			
	PC						0,554		
	HE				—0,745			—1,732	
	HC								—0,381
D	PE						—1,335		
	PC								
	HE								—0,367
	HC								

entre los PE, cuyos resultados se presentan en la tabla 6.

Evaluación y Análisis de las Sesiones

Además del diseño Test-Retest se procedió a un análisis interjueces de las sesiones valiéndose de las cintas de vídeo. Se crearon tres grupos de jueces a tal fin:

1. *Jueces Padres (JP):* 6 Padres de DM (3 mujeres y 3 varones), tres de los cuales habían pertenecido al grupo de PE del presente trabajo; los demás no habían tenido ningún contacto previo con el mismo.
2. *Jueces Psicólogos (JPs):* 4 psicólogos (3 mujeres y 1 varón) licenciados por la Universidad Autónoma de Madrid.
3. *Jueces del Equipo Terapéutico (JET):* 1 varón y 1 mujer de entre las que habían formado parte del equipo terapéutico que coordinó las sesiones experimentales.

Todos estos jueces, valiéndose de una parrilla de observación previamente elaborada, idéntica para todos ellos y con las mismas instrucciones, puntuaron a los sujetos experimentales a lo largo de las sesiones, según una escala de 0 a 3, en los siguientes factores: Liderazgo (L), Participación (P), Obstrucción (O), Implicación (Im), Inhibición (In), Espontaneidad (E), Autoconfianza (A), Relaciones Interpersonales (R). Se promediaron las puntuaciones otorgadas por los 12 jueces a cada sujeto en cada una de las sesiones. Seguidamente, las puntuaciones medias así obtenidas se promediaron de nuevo para obtener medias grupales. En las tablas 3 y 4 se presentan las medias grupales a las que se llegó con este procedimiento. Además, los jueces valoraron la actuación del equipo terapéutico, también con una escala de 0 a 3, en los siguientes factores: Directividad (D), Oportunidad (Op), Aprecio (Ap). Nuevamente se promediaron las puntuaciones adjudicadas por los jueces para cada sesión. Estas puntuaciones medias se presentan en la tabla 5. Además se confeccionaron unos gráficos que reflejan la evolución de dichas puntuaciones a lo largo de las sesiones (figuras 5 y 6).

TABLA 9

Valores X^2 del acuerdo interjueces en la evaluación del grupo de padres

Factores	L	P	O	Im	In	E	A	R
Acuerdo interpadres	36,4	50,84	141,5	90,7	217,79	109,58	258,14	266,4
Acuerdo interpsicólogos	49,3	58,4	12,9	111,4	250,66	198,6	174,12	165,7
Acuerdo inter-equipo terapéutico	0,8*	5,6*	0*	0*	1,6*	19,9*	3,2*	6,6*
	57,1	39,9	29,1	33,5	395,6	179,7	220,25	442,83

* Hay acuerdo NC: 1 % Porcentaje de acuerdo: 21 %

Análisis por pares de jueces

I. INTERPADRES

L	Juez	2	3	4	5	6	P	Juez	2	3	4	5	6
1		11,8	8,4	*2,7	*0,4	*0,5	1		38,79	27,6	50,25	16,49	44,26
2			*0,4	23,5	8,5	16,2	2			*1,4	*5,8	*0,4	*3,7
3				19,3	*5,9	12,8	3				*7,3	*0,3	*4,2
4					46,8	54,3	4					*5	*0,5
5						43,2	5						*2,9

* Hay acuerdo NC: 1 % 33 % * Hay acuerdo NC: 1 % 66 %

TABLA 9

Valores X^2 del acuerdo interjueces en la evaluación del grupo de padres
(Continuación)

O	Juez	2	3	4	5	6	Im	Juez	2	3	4	5	6
1		47,54	*1	9,1	*3,8	*1,1	1		0,8*	*3,8	*3,4	43,5	9,3
2			51,1	22,6	33,2	50,2	2			*1	7,2	54,4	15,6
3				12	*6,5	*0	3				14,4	68,9	24,7
4					*1,4	11,6	4					23,8	*1,6
5						*6,1	5						13,6
		* Hay acuerdo NC: 1 %				46 %			* Hay acuerdo NC: 1 %				33 %

In	Juez	2	3	4	5	6	E	Juez	2	3	4	5	6
1		41	12,8	33,3	52,6	66,74	1		27,98	*1,6	33,6	19,19	31,8
2			21,8	*3,2	19,2	82,09	2			19,7	34,9	*2,3	58,3
3				10,2	18,5	49,4	3				17,2	11,6	17,5
4					10,2	66,56	4					26,2	*2,7
5						34,87	5						40,3
		* Hay acuerdo NC: 1 %				6 %			* Hay acuerdo NC: 1 %				20 %

A	Juez	2	3	4	5	6	R	Juez	2	3	4	5	6
1		104,73	7,6	73,4	*2,6	*0,2	1		98	58,6	56,8	*4,3	*2,2
2			60,6	*5,2	104,3	125,6	2			7,8	9,2	113,8	134,2
3				35,8	*2,1	8,5	3				*0,2	72,9	91,2
4					71,7	91,6	4					72	90,2
5						*2,4	5						*1,5
		* Hay acuerdo NC: 1 %				33 %			* Hay acuerdo NC: 1 %				26 %

ANÁLISIS DE DATOS

Comparación de las Puntuaciones Test-Retest

Esta comparación se llevó a cabo mediante un Análisis de Varianza para cada uno de los factores del SIV (S, C, R, I, B, L), así como para los factores de Locus of Control (L of C) y Autoestima o Autoconcepto (A). Las F obtenidas con este análisis se presentan en la tabla 7. Posteriormente se realizó un Análisis de la Significación de Diferencia de Medias A-D (Antes-Después del tratamiento) con aquellos factores en los que el valor F resultó significativo (NC: 1 %). Por tratarse de muestras pequeñas se utilizó el estadístico «t». Los resultados así obtenidos se presentan en la tabla 8.

Análisis de Grado de Acuerdo Interjueces

Antes de manejar los datos obtenidos con el análisis de las sesiones por el método de los jueces, se averiguó el acuerdo que existía entre éstos mediante la aplicación del estadístico X^2. Los resultados se presentan en las tablas 9 y 10.

Análisis de la Evolución de los Sujetos

Se trataba en esta ocasión de comprobar qué tipo de oscilaciones sufrían las puntuaciones medias otorgadas por los jueces a los sujetos. Para ello se estudiaron los avances, retrocesos y estancamientos que experimentaban los sujetos en los distintos factores a lo largo de las sesiones. Con estos datos se confeccionaron los gráficos de evolución (uno para cada sujeto) que refle-

jan dichas oscilaciones desde la primera sesión hasta la última. Con las medias grupales se confeccionaron los dos gráficos de evolución grupales: uno para el grupo de padres y otro para el grupo de hijos. Estos dos gráficos se presentan en las figuras 1, 2, 3 y 4.

Se realizó un Análisis de Varianza de Medidas Repetidas (Prueba de FRIEDMAN), utilizando las puntuaciones medias por sesión de cada sujeto, para averiguar si las oscilaciones de las puntuaciones eran significativas. En la tabla 11 se presentan los datos obtenidos de esta manera.

TABLA 10

Valores X^2 del acuerdo interjueces en la evaluación del grupo de hijos

Factores	L	P	O	Im	In	E	A	R
Acuerdo interpadres	43,2	135,1	36,7	53,1	223,9	166,8	159,34	147,2
Acuerdo interpsicólogos	*4,3	*16,5	*8,5	38,3	124,7	78,2	82,5	52,3
Acuerdo inter-equipo terapéutico	*2,5	*11,2	*0,2	*7,9	22,7	32,3	82,9	36,1
Acuerdo conjunto	23,9	36,7	41,3	51	148,3	152,4	235,7	405
	* Hay acuerdo. NC: 1 %				Porcentaje de acuerdo			21 %

Análisis por pares de jueces

I. INTERPADRES

L	Juez	2	3	4	5	6
1		7,4	*0,5	*0,2	14,6	*3,9
2			10,8	9,4	35,6	19
3				*0,2	10,5	*1,8
4					11,9	*2,3
5						*3,8
		* Hay acuerdo. NC: 1 %				46 %

P	Juez	2	3	4	5	6
1		*10,4	66,4	*2	*1,6	*2,9
2			32,8	17,4	4,1	13,1
3				74,1	50,4	61,5
4					*5,6	*1,7
5						*3,9
		* Hay acuerdo.				53 %

O	Juez	2	3	4	5	6
1		17,8	*0,6	*2,3	*3,2	*0,5
2			21,8	*8,4	*8,8	14,6
3				*5,1	*6,6	*0,9
4					*0,5	*2,4
5						*3,4
		* Hay acuerdo.				80 %

TABLA 10

Valores X^2 del acuerdo interjueces en la evaluación del grupo de hijos
(Continuación)

Im	Juez	2	3	4	5	6
1		24,5	*7,6	*4,4	26,4	*9,1
2			18,8	*10,6	*2,9	*4,2
3				*6,9	18	11,4
4					*11	*2,4
5						*7,6
		* Hay acuerdo.				53 %

In	Juez	2	3	4	5	6
1		53,6	66,4	*2	*1	67,6
2			2	40	60,6	10,8
3				61,4	67,6	10,1
4					*4,1	68,7
5						81,3
		* Hay acuerdo.				33 %

E	Juez	2	3	4	5	6
1		6,6*	33,1	23,6	*6,7	46,4
2			11,4	12,4	20,9	41,1
3				30,5	59	77,5
4					29,1	17,2
5						36,5
		* Hay acuerdo.				13 %

A	Juez	2	3	4	5	6
1		51,29	7,8	43	*1,6	*0,2
2			110	*1,1	32	63,4
3				100,7	17,3	7,2
4					25,4	55,8
5						*3,6
		* Hay acuerdo.				26 %

R	Juez	2	3	4	5	6
1		86,3	70,7	86,3	10,2	24,7
2			*1,1	*0,2	25,2	6,8
3				*1,1	19,1	*3,3
4					26,8	6,8
5						*3,9
		* Hay acuerdo.				33 %

TABLA 10

Valores X^2 del acuerdo interjueces en la evaluación del grupo de hijos
(Continuación)

II. INTERPSICÓLOGOS (NC: 1 %)

L	Juez 2	3	4	P	Juez 2	3	4
1	*0,2	*3,8	*0,2	1	*5,8	*0,9	*6,4
2		*1,8	*0,2	2		*5,4	*5,7
3			*2	3			9,6
	* Hay acuerdo		100 %		* Hay acuerdo		83 %

O	Juez 2	3	4	Im	Juez 2	3	4
1	*5,4	*4,7	7,3	1	*9,6	12,2	*5,6
2		*0,2	*0,2	2		13,4	*6,8
3			*0,4	3			24,3
	* Hay acuerdo		83 %		* Hay acuerdo		50 %

In	Juez 2	3	4	E	Juez 2	3	4
1	28,2	91,1	89,9	1	11,6	13,9	34,1
2		23	22,7	2		15,5	59,8
3			*0,3	3			25,9
	* Hay acuerdo		16 %		* Hay acuerdo		0 %

A	Juez 2	3	4	R	Juez 2	3	4
1	57,7	10,3	*0,5	1	30,9	41,9	18,5
2		37,8	50,9	2		10,3	*2,8
3			*8,2	3			16,7
	* Hay acuerdo		33 %		* Hay acuerdo		16 %

III. INTER-EQUIPO TERAPÉUTICO

Ver Acuerdo Inter-Equipo Terapéutico al principio de la presente tabla (este grupo sólo lo componen dos Jueces; por tanto, el análisis por pares ya está hecho donde se indica).

Análisis por pares de grupos de Jueces:

P: Padres Ps: Psicólogos ET: Equipo Terapéutico NC: 1 %

L	G. de J.	Ps	ET	P	G. de J.	Ps	ET	O	G. de J.	Ps	ET
P		22,4	*5,7	P		15,5	*10,7	P		24,2	9,5
Ps			*4,5	Ps			33,5	Ps			25,7
	* HA		66 %				33 %				0 %

TABLA 10

Valores X^2 del acuerdo interjueces en la evaluación del grupo de hijos
(Continuación)

Im	G. de J.	Ps	ET	In	G. de J.	Ps	ET	E	G. de J.	Ps	ET
P		47,3	*7	P		29	89,7	P		55,2	54,1
Ps			12,8	Ps			94,1	Ps			121,6
	* HA		33 %				0 %				0 %

A	G. de J.	Ps	ET	R	G. de J.	Ps	ET
P		94,4	88,6	P		64,4	184,2
Ps			175,9	Ps			311,3
	* HA		0 %				0 %

Nota: El porcentaje de acuerdo que se consigna en el recuadro inferior derecho a lo largo de toda esta tabla se refiere al número de casos en que existe acuerdo con respecto al número total de casos analizados en cada tabla individual.

Análisis de la Relación entre la Evolución de los Sujetos y la actuación del Equipo Terapéutico

Para averiguar si las puntuaciones obtenidas por los sujetos experimentales en las sesiones eran independientes de la forma en que intervenía el equipo terapéutico, o si por el contrario estas dos variables estaban relacionadas, se calculó la Correlación de Pearson (Rxy) tomando, por una parte, los 3 factores en que se puntuaba el equipo terapéutico (Directividad, Oportunidad, Aprecio) y, por otra, los 8 factores en que se puntuaba a los sujetos (Liderazgo, Participación, Obstrucción, Inhibición, Implicación, Espontaneidad, Autoconfianza, Relaciones Interpersonales). Para ello se utilizaron las puntuaciones medias por sesión otorgadas al equipo terapéutico (tabla 5) y las puntuaciones

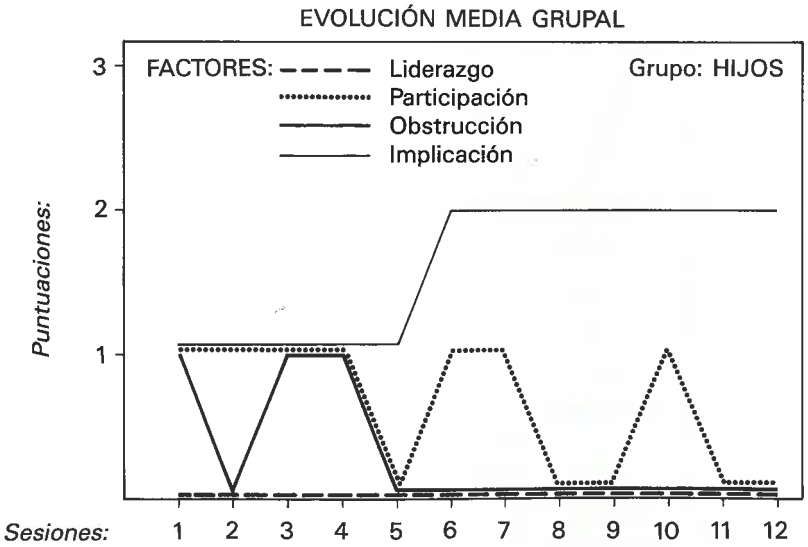


Fig. 3

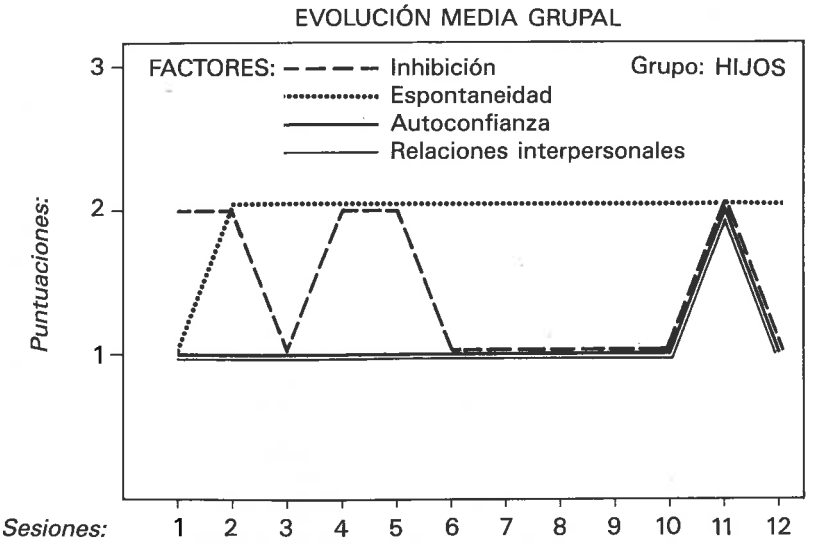


Fig. 4

medias grupales por sesión otorgadas a los sujetos (tablas 3 y 4). Los datos obtenidos con este procedimiento se presentan en la tabla 12.

RESULTADOS

Puntuaciones Test-Retest

En la tabla 7 hay 4 valores F significativos (NC: 1 %) que corresponden a los siguientes factores del SIV: C (Conformidad; F = 4,0756), R (Reconocimiento; F = 4,2130), B (Benevolencia; F = 6,1858), L (Liderazgo; F = 2,2408).

Por tanto, *las diferencias apreciadas en dichos factores entre los cuatro grupos no son aleatorias.*

El posterior Análisis de Significación de Diferencia de Medias (tabla 8) revela además que la media del grupo PE en el factor B en la fase

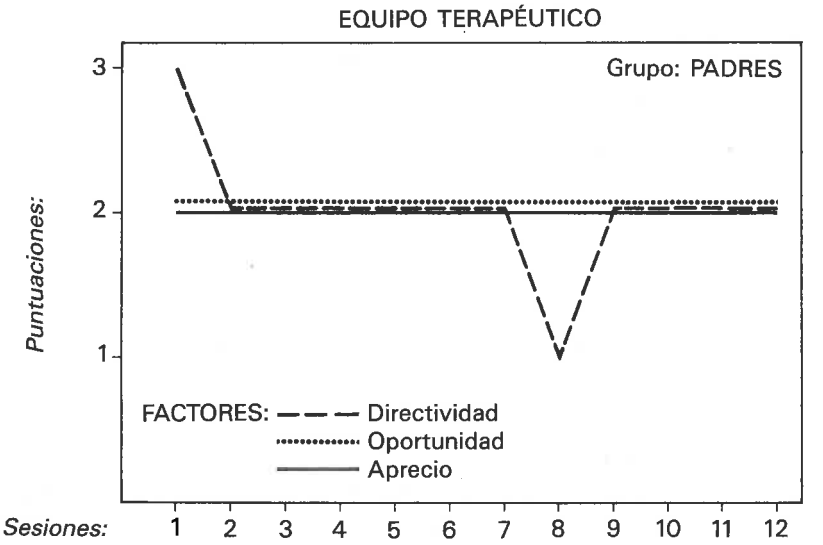


Fig. 5

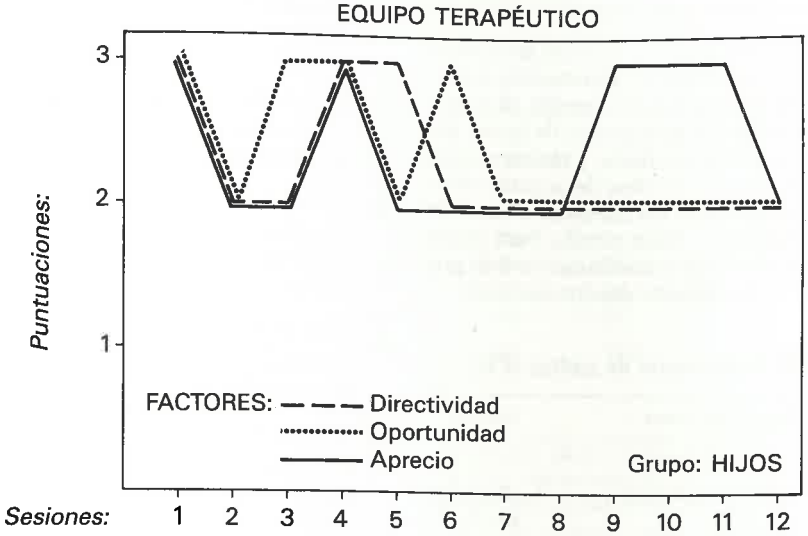


Fig. 6

TABLA 11

Valores SC obtenidos con la prueba de FRIEDMAN

Factores	L	P	O	Im	In	E	A	R
Grupo de padres	11,14	14,36	11,8	8,71	9,56	9,52	9	9,8
Grupo de hijos	14,53	16,46	23,44	6,68	18,72	9,52	11,92	18,18

Significativo al NC: 5 %, habiendo diferencias significativas entre las sesiones: 1-6, 1-8, 1-9, 2-3, 3-5, 3-6, 3-7, 3-8, 3-9, 3-10, 3-11, 4-5, 4-6, 4-8, 4-9 y 4-10.

de Retest X = 80, (tabla 1) es significativamente superior a la del grupo PC en el mismo factor y fase (X = 35, tabla 1) (t = 2,76; NC: 5 %). *Se puede afirmar por tanto que el tratamiento experimental fue el responsable de dicha diferencia.*

TABLA 12

Valores RXY obtenidos con la correlación de PEARSON entre las puntuaciones de los sujetos y la actuación del Equipo Terapéutico

Y/ Factores de los sujetos		X/ Factores del Equipo Terapéutico							
		L	P	O	Im	In	E	A	R
G. Padres	Directividad	0,36	0,81*	0	0,90*	0,96*	0,96*	0,90*	0,91*
	Oportunidad	0,37	0,89*	0	0,94*	1*	1*	0,94*	0,90*
	Aprecio	0,37	0,89*	0	0,94*	1*	1*	0,94*	0,90*
G. Hijos	Directividad	0	0,63*	0,39	0,81*	0,94*	0,91*	0,89*	0,89*
	Oportunidad	0	0,74*	0,57	0,82*	0,87*	0,81*	0,88*	0,88*
	Aprecio	0	0,62*	0,43	0,88*	0,90*	0,92*	0,93*	0,93*

* Son relaciones altas y positivas.

Grado de Acuerdo Interjueces

El análisis del grado de acuerdo interjueces fue complejo y prolongado. Resumiendo, se puede decir que éste variaba en función de que se considerasen los distintos grupos de jueces por separado a todos en conjunto, y también según los factores. Los porcentajes de acuerdo obtenidos se clasificaron en los siguientes niveles: Total, Alto, Moderado, Bajo y Nulo. Para mayor claridad, se presentan a continuación más gráficamente en el siguiente cuadro-resumen:

Grupo experimental de padres (PE)

Grupos de Jueces	Factores
1. *Acuerdo Total* (100 %)	
Inter-Equipo Terapéutico	L, P, O, Im, In, A, R
2. *Acuerdo Alto* (61-99 %)	
Inter-Padres	P
Inter-Psicólogos	O
3. *Acuerdo Moderado* (40-60 %)	
Inter-Padres	O
Inter-Psicólogos	L, P
4. *Acuerdo Bajo* (hasta 39 %)	
Inter-Padres	L, Im, In, E, A, R
Inter-Psicólogos	Im, In, E
Conjunto Total de Jueces	L, P, O
5. *Acuerdo Nulo* (0 %)	
Inter-Psicólogos	A, R
Inter-Equipo Terapéutico	E
Conjunto Total de Jueces	Im, In, E, A, R

Grupo experimental de hijos (HE)

Grupos de Jueces	Factores
1. *Acuerdo Total* (100 %)	
Inter-Psicólogos	L
Inter-Equipo Terapéutico	L, P, O, Im
2. *Acuerdo Alto* (61-99 %)	
Inter-Padres	O
Inter-Psicólogos	P, O
Conjunto Total de Jueces	L
3. *Acuerdo Moderado* (40-60 %)	
Inter-Padres	L, P, Im
Inter-Psicólogos	Im
4. *Acuerdo Bajo* (hasta 39 %)	
Inter-Padres	Im, E, A, R
Inter-Psicólogos	Im, A, R
Conjunto Total de Jueces	P, Im
5. *Acuerdo Nulo* (0 %)	
Inter-Psicólogos	E
Inter-Equipo Terapéutico	In, E, A, R
Conjunto Total de Jueces	O, In, E, A, R

En el grupo PE, el 37,5 % de los casos analizados (12 de 32) de acuerdo interjueces se sitúa en los niveles TOTAL-ALTO-MODERADO. En el grupo HE, el 40,6 % de los casos (13 de 32) se encuentra en dichos niveles.

Evolución de los Sujetos Experimentales

Contabilizados los Avances, Retrocesos y Estancamientos de los sujetos a lo largo de las sesiones en los diferentes factores, se obtuvieron los siguientes datos:

Grupo Experimental de Padres (PE)

	Avances		Retrocesos		Estancamientos	
Factores	n	%	n	%	n	%
Liderazgo	18	18,9	19	20	58	61
Participación	26	27,3	25	26,3	44	46,3
Obstrucción	3	3,1	6	5,3	86	90,5
Implicación	16	16,8	21	22,1	58	61
Inhibición	8	8,4	7	7,3	80	84,2
Espontaneidad	10	10,5	16	16,8	69	72,6
Autoconfianza	19	20	21	22,1	55	57,8
Relaciones interpersonales	16	16,8	26	27,3	53	55,7
TOTAL (N = 760)	116	15,2	141	18,5	503	66,1

Grupo Experimental de Hijos (HE)

Factores	Avances		Retrocesos		Estancamientos	
	n	%	n	%	n	%
Liderazgo	13	10,9	16	13,4	90	75,6
Participación	25	21	30	25,2	64	53,7
Obstrucción	19	15,9	14	11,7	86	72,2
Implicación	29	24,3	27	22,6	63	52,9
Inhibición	26	21,8	20	16,8	73	61,3
Espontaneidad	26	21,8	24	20,1	69	57,9
Autoconfianza	32	26,8	27	22,6	60	50,4
Relaciones interpersonales	27	22,6	25	21	67	56,3
TOTAL (N = 952)	197	20,6	183	19,2	572	60

Estos datos reflejan que de hecho las puntuaciones oscilaron durante el tratamiento. La Prueba de FRIEDMAN realizada para comprobar si las diferencias apreciadas eran significativas (tabla 11) sólo arroja un valor significativo y éste pertenece al factor Obstrucción en el grupo HE (SC = 23,44; NC: 5 %). Así pues, *las diferencias apreciadas en Obstrucción a lo largo del tratamiento en el grupo de hijos se debieron a la intervención realizada en dicho grupo.*

Relación entre la Evolución de los Sujetos y la Actuación del Equipo Terapéutico

El análisis de la tabla 12 revela un buen número de relaciones altas y positivas. Concretamente, se observan relaciones de este tipo entre los siguientes factores:

Grupo PE. Entre el factor Directividad y cada uno de los factores siguientes: Participación (Rxy = 0,81); Implicación (Rxy = 0,90); Inhibición (Rxy = 0,90); Espontaneidad (Rxy = 0,96); Autoconfianza (Rxy = 090); Relaciones Interpersonales (Rxy = 091). Entre el factor Oportunidad y cada uno de los factores siguientes: Participación (Rxy = 089); Implicación (Rxy = 094); Inhibición (Rxy = 1); Espontaneidad (Rxy = 1); Autoconfianza (Rxy = 0,94); Relaciones Interpersonales (Rxy = 090). Entre el factor Aprecio y cada uno de los factores siguientes: Participación (Rxy = 0,89); Implicación (Rxy = 0,94); Inhibición (Rxy = 1); Espontaneidad (Rxy = 1); Autoconfianza (Rxy = 0,94); Relaciones Interpersonales (Rxy = 0,90).

Grupo HE. Entre el factor Directividad y cada uno de los factores siguientes: Participación (Rxy = 0,63); Implicación (Rxy = 0,81); Inhibición (Rxy = 0,94); Espontaneidad (Rxy = 0,91); Autoconfianza (Rxy = 0,89); Relaciones Interpersonales (Rxy = 0,89). Entre el factor Oportunidad y cada uno de los factores siguientes: Participación (Rxy = 0,74); Obstrucción (Rxy = 0,57); Implicación (Rxy = 0,82); Inhibición (Rxy = 0,87); Espontaneidad (Rxy = 0,81); Autoconfianza (Rxy = 0,99); Relaciones Interpersonales (Rxy = 0,88). Entre el factor Aprecio y cada uno de los factores siguientes: Participación (Rxy = 0,62); Implicación (Rxy = 0,88); Inhibición (Rxy = 0,90); Espontaneidad (Rxy = 0,92); Autoconfianza (Rxy = 0,93); Relaciones Interpersonales (Rxy = 0,93).

Todo ello indica que *el incremento o disminución de la puntuación en uno de los factores de cada par produce el incremento o disminución consiguiente de la puntuación en el otro factor.*

En los demás casos, las puntuaciones parecen ser independiente entre sí.

CONCLUSIONES

Considerando los datos obtenidos con los análisis estadísticos y con la entrevista realizada en el grupo PE, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. Los sujetos experimentales resultan favorecidos por las sesiones de psicodrama con respecto a los grupos de control.
2. Los padres sometidos a psicodrma experimentan mejoras particularmente en los factores de Participación y Autoconfianza. Además, reconocen abiertamente la utilidad de las sesiones en diferentes aspectos: trato con el hijo deficiente, autoconfianza en su forma de proceder,

modificación de conductas personales, establecimiento de lazos de amistad y más fácil aceptación de la presencia del hijo deficiente.

3. Los DM tratados con técnicas psicodramáticas mejoran en Espontaneidad e Implicación; disminuyen además su inhibición y sus comportamientos obstruccionistas.
4. La intervención con técnicas psicodramáticas resultó más eficaz, en nuestro caso, con los DM que con sus padres. Este fenómeno parece atribuible más propiamente a factores inherentes al equipo profesional durante su intervención, que a los componentes intrínsecos y diferenciales de ambos grupos de la población tratada.

BIBLIOGRAFÍA

ABEL, T. M.: *Resistances and difficulties in psychotherapy of mental retardates.* Journal of Clinical Psychology. 9, 197-109. 1953.

AFFLECK, GLENN G.: *The contribution of role-taking ability to the interpersonal competencies of mentally retarded children.* Unpublished Doctoral Dissertation. University of Connecticut, 1974.

AFFLECK, GLENN G.: *Role-taking ability and the interpersonal competencies of retarded children.* American Journal of Mental Deficiency. 80 (3), 312-316. 1975 (b).

AFFLECK, GLENN G.: *Role-taking ability and interpersonal conflict resolutions among retarded young adults.* American Journal of Mental Deficiency. 80 (2), 233-236. 1975 (a).

AFFLECK, GLENN G.: *Role-taking ability and the interpersonal tactics of retarded children.* American Journal of Mental Deficiency. 80 (6), 667-670. 1976.

ALLPORT, GORDON W.: *La personalidad: su configuración y desarrollo.* Herder. Barcelona, 1977.

ARNHOLTER, E.: *Social drama for retarded adolescents.* Exceptional Children. 21, 132-134. 1955.

BARTOLOMÉ, CARROBLES, COSTA y DEL SER.: *La práctica de la terapia de conducta.* Pablo del Río. Madrid, 1979.

BECK, HELEN L.: *Counseling parents of retarded children.* Children. (Nov.-Dec.), 6 (6), 225-230. 1959.

BENNET, D. N.: *Therapy with parents of handicapped children.* Exceptional Children. 23, 154-159. 1957.

BLACHER-DIXOW, JAN AND SIMEONSON, R. J.: *Effect of shared experience on role-taking perfomance of retarded children.* American Journal of Mental Deficiency. 83 (1), 21-28. 1978.

BRYER, S. S. y WAGNER, R.: *The didactic value of role-playing for institutionalized retardates.* Group Psychotherapy. 16, 171-181. 1963.

CHANDLER, M. J., GREENSPAN, S. y BARENBOIM, C.: *Assessment and training of role-taking and referential communication skills in institutionalized emotionally disturbed children.* Developmental Psychology. 10 (4). 1974.

COBO, PABLO y OLMO, CARMEN DEL.: *El teatro infantil y la infancia subnormal.* (Documentación del SIIS, sin referencias).

COOLEY, J. M.: *The relative amenability of dull and bright children to child guidance.* Smith College Studies in Social Work. 16, 26-43. 1945.

COTZIN: *Group therapy with mental defective problem boys.* American Journal of Mental Deficiency. 53, 268-283. 1948.

CRUZ HERNÁNDEZ, M.: *Lecciones de Psicología.* Revista de Occidente, 1976.

DE VRIES, R.: *The development of role-taking as reflected by the behavior of bright, average and retarded children in a social guessing game.* Child Development. 41, 759-770. 1970.

DEL NUOVO, F. A. et al.: *A preliminary investigation of the psychodramatic experience of spontaneity.* Group Psychoterapy. 31, 86-95, 1978.

DESMEDT, D.: *Psychodrame analytique en externat medio-pedagogique pour enfants débiles.* Revue de Neuropsychiatrie infantile et d'Hygiene Mentale de l'Enfance. 15 (10-11), 869-882. 1967.

FISHER, L. A. y WOLSON, I. W.: *Group therapy with defectives.* American Journal of Mental Deficiency. 57, 463-476. 1953.

FLAVELL, J. H.: *The development of role-taking and communication skills in children.* John Wiley & Sons, New York, 1968.

FOSTER, S. E.: *The possible use of sociodrama as a training technique for the moderately mentally handicapped in school, half-way training center and the sheltered workshop.* Slow Learning Child. (Mar), 22 (1), 38-44. 1975.

GARCÍA ETCHEGOYHEN DE LORENZO, E.: *La educación de los padres del niño retardado mental.* Publicaciones sobre Retardo Mental. Instituto Interamericano del Niño. Montevideo. Uruguay, 1970.

GIVNIE, MEG: *A basic description of clinical psychodrama: a 3-page handout.* The Horsham Clinic. Philadelphia.

GLASSMAN, L.: *Is dull-normal intelligence a contraindication for psychotherapy?* Smith College Studies in Social Work. 13, 275-298. 1945.

GUILFORD, J. P.: *Personality.* McGraw Hill, New York, 1959.

HEALEY, W. y BRONNER, F. A.: *Treatment and what happened afterwards.* Judge Baker Guidance Center. Boston, 1939.

HEIFETZ, L. J.: *Behavioral training for parents of retarded children: alternative formats based on instructional manuals.* American Journal of Mental Deficiency. 82, 194-203. 1977.

INGALLS, ROBERT P.: *Retraso Mental. — La nueva perspectiva.* El Manual Moderno, S. A. Caps. 11-13, pp. 243-309.

ISHTIAQ, KISHWAR: *Counseling the parents of retarded children.* En: BARUTH, LEROY and BURGRAF, MARGARET (Eds.). *Readings in counseling parents of exceptional children.* Special Learning Corporation. Connecticut, 1979.

KATZ, G. H.: *Re-educational therapy with mental deficients.* American Journal of Mental Deficiency. 46, 37-43. 1944.

KIPPER, D. A.: *Trends in the research on the effectiveness of psychodrama: retrospect and prospect.* Group Psychotherapy. XXXI, 5-17. 1978.

KITANO, MARGIE K., STIEHL, JIM y COLE, JACK T.: *Role-taking: implications for special education.* The Jour-

nal of Special Education. (Spring), 12 (1), 59-74. 1978.

KLEPAC, R. L.: *Through the looking glass: socio-drama and mentally retarded individuals.* Mental Retardation. (Oct.), 16 (5), 343-345. 1978.

LONG, W. J.: *An exploratory study of the use of roleplaying with severely retarded children.* American Journal of Mental Deficiency, 63, 784-791. 1959.

LÓPEZ SÁNCHEZ, J. M.: *El psicodrama en psiquiatría clínica.* Círculo de Estudios Psicopatológicos. Anel. Granada, 1982.

MANDELBAUM, A.: *The group process in helping parents of retarded children.* Children. (Nov.-Dic.), 14 (16), 227-232. 1967.

MANDOLINI GUARDO, R. G.: *De Freud a Fromm. — Historia General del Psicoanálisis.* Ciordia. Buenos Aires, 1969.

MCCLELLAND, D. C. *Personality.* Holt, Heinehart and Winston. New York, 1951.

MCDANIEL, J.: *Group action in the rehabilitation of the mentally retarded.* Group Psychotherapy. 13, 5-13. 1960.

MEHLMAN, B.: *Group play therapy with mentally retarded children.* Journal of Abnormal and Social Psychology. 48, 53-60. 1953.

MEYNIEL, A.: *Técnicas dramáticas en la enseñanza y la pedagogía vivencial o juego de roles.* En: DUOCASTELLA et al. *Subnormalidad Psíquica.* Instituto de Ciencias del Hombre. CIBIS-SEREM, Karpos, pp. 339-346. Madrid, 1978.

MISCHEL, W.: *Introducción a la personalidad.* Interamericana. México, 1979.

MOLLOY, G. N.: *Training parents of retarded children as behavior therapists: what we know. Part II.* Mental Retardation Bulletin. (Spring), 8 (1), 3-12. 1980.

MORENO, J. L.: *El teatro de la espontaneidad.* Vancu. Buenos Aires, 1977.

MORENO, J. L.: *Psicodrama.* Hormé. Buenos Aires, 1978.

MORENO, J. L.: *Psicoterapia de grupo y psicodrama.* Fondo de Cultura Económica. México, 1966.

MORENO, J. L.: *The validity od psychodrama.* Group Psychotherapy. 21 (1), 3. 1968.

MORENO, ZERKA, T.: *Psychodramatic rules, techniques and adjunctive methods.* Group Psychoterapy. 18 (1-2). 1965.

MORGAN, J. B.: *The psychology of the unadjusted child.* Macmillan. New York, 1926.

MUNDY, L.: *Therapy with physically and mentally handicapped children in a mental deficiency hospital.* Journal of Clinical Psychology. 13, 3-9. 1957.

NOLAND, R. L.: *Counseling parents of the mentally retarded. A sourcebook Charles C. Thomas.* Springfield. Illinois, 1957.

PERVIN, L. A.: *Personalidad: Teoría, Diagnóstico e Investigación.* Desclée de Brouwer. Bilbao, 1979.

PILKEY, L., GOLDMAN, M. y KLEINMAN, B.: *Psychodrama and empathic ability in the mentally retarded.* American Journal of Mental Deficiency, 65, 595-605. 1961.

PORTUONDO, J. A.: *Psicoterapia de grupo y psicodrama.* Biblioteca Nueva. Madrid, 1972.

ROBINSON, N. M. y ROBINSON, H. B.: *The mentally retarded child,* McGraw Hill. New York, 1976.

ROGERS, C. R.: *Counseling and psychotherapy.* Houghton Mifflin. Boston, 1942.

RYNDERS, S. E., SPIKER, D. y HORROBIN, J. M.: *Underestimating the educability of Down's Syndrome children: examination of methodological problems' in recent literature.* American Journal of Mental Deficiency. 82, 440-448. 1978.

SÁNCHEZ RIVERA, DE CASSO, SÁNCHEZ ALONSO, et al.: *Integración corporal y psicología humanística.* Marova. Madrid, 1979.

— *Integración emocional y psicología humanística.* Marova. Madrid, 1979.

— *Integración mental y psicología humanística.* Marova. Madrid, 1979.

— *Integración psíquica y psicología humanística.* Marova. Madrid, 1981.

— *Integración transindividual y psicología humanística.* Marova. Madrid, 1981.

SCHUTZENBERGER, ANNE A.: *Introducción al psicodrama.* Aguilar. Madrid, 1970.

SCHUTZENBERGER, A. A. y SAURET, M. J.: *Nuevas terapias de grupo.* Pirámide. Madrid, 1980.

SEABOURNE, B.: *The role of the auxiliary. Practical aspects of psychodrama: a syllabus.*

SIMEONSON, R. J., MONSON, L. B. y BLACHER-DIXOW, J.: *Promoting social competence in excepcional children through perspective taking and sociodramatix activities.* Group Psychotherapy. 32, 156-163. 1979.

STERNLICH, M.: *Procedimientos de psicoterapia para el retrasado mental.* En: ELLIS, NORMAN R.: *Investigación en retraso mental.* Panorama Internacional. Volumen 1. SIIS. San Sebastián, 1981.

STRAIN, P.: *Increasing social play of severely retarded preschoolers with socio-dramatic activities.* Mental Retardation. (Dic.), 13 (6), 7-9. 1975.

THORNE, F. C.: *Counseling and psychotherapy with mental defectives.* American Journal of Mental Deficiency. 52, 263-271, 1948.

WEGMAN, B. S.: *Intelligence as a factor in the treatment of problem children.* Smith College Studies of Social Work. 14, 244-245. 1943.

GRUPOS DE DRAMATIZACIÓN EN LA ESCUELA: UN TRABAJO DIDÁCTICO Y TERAPÉUTICO

IRENE HENCHE ZABALA
Psicóloga clínica. Psicodramatista

ROSA M.ª MUÑOZ MARTÍN
Pedagoga

INTRODUCCIÓN

Condiciones que han posibilitado la realización de este trabajo

Características del centro: es un centro de integración en el que existe un proyecto que se basa en una concepción educativa que engloba la totalidad de la personalidad, por lo que la expresión y desarrollo de la afectividad, así como el juego, tienen un valor esencial.

En dicho centro, y por ser de integración, existe un equipo de apoyo, formado por psicólogos y pedagogos, cuya función es la de favorecer los cambios necesarios en los niños de integración y en el resto del centro para que dicha integración sea efectiva.

En dicho contexto ha sido posible la realización de un taller de teatro basado en el desarrollo de la espontaneidad, que de algún modo ha favorecido nuestro trabajo actual.

Otro factor que ha hecho posible la realización de este trabajo es la formación de las dos monitoras, una de las cuales es pedagoga y especialista en educación especial y la otra es psicóloga clínica y con formación en psicodrama. Ambas forman parte del Equipo de Apoyo a la Integración.

OBJETIVOS DE TRABAJO: MARCO TEÓRICO

En un principio nos planteamos la formación de un grupo de niños de integración deficientes auditivos.

Nuestro trabajo estaba esencialmente enfocado a dos niñas de ocho años de edad que carecían en absoluto de lenguaje y que presentaban, una de ellas una hiperactividad, unida a frecuentes crisis de rabia, y la otra una fuerte inhibición para comunicarse y relacionarse con los adultos y con los demás compañeros.

De modo que nuestros objetivos primordiales fueron:

— Posibilitarles un marco de referencia que otorgara significado al mundo: un lenguaje.
— Favorecer su desarrollo evolutivo.
— Establecer relaciones interpersonales dentro de un grupo pequeño y controlado, de modo que pudieran generalizar la capacidad de relación al resto del entorno escolar.

Es importante señalar que nuestro trabajo ha estado encuadrado dentro del ámbito escolar y que nuestros objetivos se remitían a éste, aunque su alcance lo transcendiera.

Nuestra metodología ha estado apoyada en los siguientes puntos:

— La adquisición de un lenguaje significativo y comprensivo está ligada al desarrollo de la capacidad de juego simbólico, algunas de cuyas dimensiones se encuentran perturbadas en los niños deficientes auditivos *, como lo son la sustitución y la planificación.
— El origen del significado, ligado a la capacidad de simbolización, es inseparable de la comunicación, la emoción y la interacción social, que cumple un papel clave en el desarrollo de todas las funciones superiores.

* Según ÁLVARO MARCHESI en su libro *El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos.*

Nuestro plan de trabajo debía ir encaminado, por tanto, a desarrollar la capacidad de juego simbólico y a enriquecer la interacción social.

Para ello nos pareció el sistema más adecuado el de dramatizar.

Dramatizar porque un pensamiento originado en escenas da lugar a un lenguaje vivencial y significativo.

Asimismo, la riqueza del pensamiento en escenas favorece el desarrollo de la simbolización, esencial en la construcción del significado.

Por ello, elegimos para nuestro trabajo la dramatización de cuentos de hadas.

La primera parte de nuestro trabajo estaba encaminada a conseguir que las niñas citadas conocieran y entendieran el cuento, así como a posibilitar su entrada en ese espacio lúdico que les permitiera expresarse espontáneamente y establecer relaciones con otros niños y adultos.

Para ello, y habida cuenta de su carencia de lenguaje, nos planteamos estos objetivos en nuestro trabajo:

1. Construir un lenguaje significativo:
   — Desarrollando la capacidad de juego simbólico.
   — Potenciando la expresión afectiva a través de la identificación con los personajes y la temática del cuento.
   — Enriqueciendo la expresión y la comprensión a través de la configuración de un pensamiento en escenas.
2. Ayudar a la estructuración de la personalidad del niño/a:
   — Desarrollando la capacidad de sentir y expresar distintas emociones.
3. Crear un marco grupal que posibilite el establecimiento de interrelaciones y la expresión de los conflictos:
   — Desarrollando la espontaneidad como capacidad de establecer relaciones y dar respuestas personales.

Para realizar estos objetos, elegimos la dramatización de cuentos de hadas por reunir los mismos las características que conjugan todas las necesidades expuestas:

Un cuento de hadas posee la estructura del pensamiento en escenas, que dará lugar a un lenguaje significativo:

1. Hay un espacio y un tiempo.
2. Es esencial.
3. En él hay distintos personajes.
4. Hay una acción y una interacción entre ellos.
5. Hay un clima de afectos, que colorea dicha acción.

Por otro lado, los cuentos de hadas son relatos construidos y refinados a través de los siglos, transmitidos de generación en generación que recogen los conflictos y las etapas esenciales por las que atraviesa la psique humana en su proceso de individuación.

Están cargados de significados manifiestos y ocultos, y su lenguaje habla a distintos niveles de la personalidad humana.

En un determinado cuento de hadas están recogidas diferentes tendencias emocionales y momentos evolutivos en los personajes y en las secuencias del mismo.

A través de este trabajo el niño va realizando simbólicamente dichas etapas, siéndole esto de gran ayuda a la hora de atravesarlas y completarlas vivencialmente en su proceso evolutivo.

Asimismo, su representación de los distintos personajes le posibilita dar un cauce a sus distintas emociones, a menudo contradictorias o en conflicto.

«En resumen, los cuentos de hadas representan de forma simbólica la esencia del desarrollo humano normal» *.

Es por todo ello, por lo que nos servimos de ellos en nuestro trabajo de dramatización.

Aunque nuestra intención originaria era dotar de un pensamiento y desarrollar la comunicación de las dos niñas deficientes auditivas, ya desde un principio consideramos que este trabajo podía hacerse extensivo a otros niños de integración del centro, bien deficientes auditivos —que aun no teniendo la excesiva situación carencial de estas dos niñas, presentan también dificultades en el desarrollo del juego simbólico y en la estructuración de su personalidad—, bien deficientes visuales o con retraso evolutivo, que son los otros tipos de niños que hay en el centro.

Por tanto, nos planteamos un tipo de trabajo con estas fases: seleccionamos un cuento al mes intentando que guarde una relación con el tema que se trabaja en el ciclo, ya que en este centro se trabaja con unidades temáticas determinadas por la elección y el interés de los alumnos y existe una coordinación dentro de cada ciclo.

Por ejemplo, para la unidad temática de «Las transformaciones en la Naturaleza y en el mundo que nos rodea» se ha elegido el cuento de *El patito feo* por tener como tema la transformación del *patito feo* en cisne.

Una vez elegido el cuento, se realizan lámi-

* BRUNO BETTELHEIM.

nas que evoquen cada secuencia del mismo. Se establece un número de secuencias que después se representarán en escenas para favorecer la comprensión del cuento. En estas secuencias respetamos los elementos esenciales de la dinámica y el contenido del cuento.

Se realiza un trabajo de preparación del cuento en estas escenas con otros niños del centro con interés y aptitudes para el trabajo dramático. En esta preparación se posibilita el enriquecimiento original que estos niños aportan.

Una vez preparada la representación, se realiza la primea sesión con los niños deficientes auditivos del centro, pues nuestro primer objetivo es que comprendan el desarrollo del cuento. Por tanto, en dicho trabajo hemos unido elementos expresivos muy diversos para favorecer la comprensión: lenguaje mímico, oral, signos que conocen dichos niños, caracterización de los personajes, objetos que aparecen en el cuento.

En esta primera sesión, ayudamos a la representación mostrando las láminas del cuento previamente para distinguir las escenas. Asimismo se hace una representación previa de los personajes. (Hay que decir que antes de esta sesión se ha trabajado el cuento con estos niños a través de la láminas y tarjetas).

Si es necesario, se repite más veces dicha representación en la misma sesión, para, una vez comprendida, dar paso a que estos niños vayan pasando por los personajes que elijan.

Este paso se realiza gradualmente. Al ser sólo dos, las niñas que asisten a la primera sesión actúan alternativamente, ayudadas por los demás niños y por nosotras.

Con esta primera sesión pretendemos conseguir que los niños deficientes auditivos conozcan y comprendan el cuento.

En las tres restantes sesiones se realiza un trabajo con todos los niños de integración. En la segunda se vuelve a representar el cuento para todos los niños. En las restantes se da tiempo y lugar a que cada uno de ellos encarne a los personajes que desee y los enriquezcan con su espontaneidad en variadas dramatizaciones relacionadas con el cuento.

Se actúa, en este trabajo, ayudando a superar conflictos determinados a través de su resolución simbólica en el cuento.

Nuestro marco teórico sintetiza estos aspectos fundamentales:

1. Que la adquisición de un lenguaje significati-
— vo se produce unida a un diálogo y a una interacción emocional y social.
2. Que los cuentos de hadas por su forma y contenido reproducen la estructura del pensamiento en escenas.
3. Que dramatizando cuentos de hadas:
   — Se posibilita el acceso a ese espacio imaginario sede del juego. Ya que como dice WINNICOTT: «El jugar tiene un lugar y un tiempo. No se encuentra *adentro* según acepción alguna de esta palabra. Tampoco está *afuera,* es decir, no forma parte del mundo repudiado, el no-yo (lo que el individuo ha decidido reconocer con gran dificultad, y aun con dolor, como verdaderamente exterior, fuera del alcance del dominio mágico).

     Para *dominar* lo que está afuera es preciso hacer cosas, no sólo pensar o desear, y hacer lleva tiempo. Jugar *es hacer*».

     Es justo a través de la dramatización, que es acción, como el niño accede a ese lugar intermedio, origen del símbolo, que le posibilitará, a través del desarrollo de la simbolización, aprender y dar significado a la vida.
   — En este espacio lúdico se desarrollan escenas, cuya dramatización tiene el carácter de *dramatización expresiva,* por poner a los niños en contacto con la multitud de escenas imaginarias cristalizadas en los cuentos de hadas.

     Asimismo los personajes de los cuentos de hadas tienen el carácter de personajes imaginarios por recoger en sí los fuertes impulsos y afectos que entran en juego en el proceso de crecimiento de todo ser humano.

     Por otro lado, dichos personajes no son nunca ambivalentes, sino buenos o malos, estableciendo así el fuerte tropismo que caracteriza a los personajes imaginarios.

DISEÑO DE TRABAJO: MARCO PRÁCTICO

Formación del grupo

Nos guiamos del criterio de agrupar a los niños de integración quienes por unos u otros motivos, presentan alguna dificultad en su evolución psicosocial.

Nuestro grupo se componía de once niños de 1.º y 2.º cursos de EGB, siendo las niñas de 1.º de la misma edad que los de 2.º (7 años).

Características

— Dos niñas deficientes auditivas sin lenguaje. Tres niños auditivos con un desarrollo lingüístico adecuado, ligeramente inferior a su edad.

— Tres niños sin deficiencias sensoriales, con retraso evolutivo.
— Dos niños deficientes visuales, con ambliopatía, uno de ellos con fuertes dificultades relacionales, del que se hablará con mayor profundidad.

Se realizaron una sesión a la semana de una hora de duración. Como ya se explicó, la primera de las sesiones del mes estaba dirigida a las dos niñas deficientes auditivas citadas, y consistía en representar el cuento ante ellas ayudadas por otros niños del centro.

Una vez conseguido el objetivo de que conocieran el desarrollo del cuento, el resto de las sesiones eran para dramatizarlo con todos los niños. Es de hacer notar que la metodología seguida al darles a conocer el cuento es de por sí muy dramática, ya que las niñas iban representando cada personaje sucesivamente, eligiendo los que ellas quisieran, e introduciendo las variaciones en la acción propias de su espontaneidad.

En el resto de las sesiones participaban los niños del grupo ya citado.

Se dramatizaba por escenas, eligiendo éstas los niños libremente, así como los personajes que querían encarnar. En la dramatización de cada escena, había actores y un público, cuyo papel fue de gran valor a la hora de expresar sentimientos y vivencias suscitados por la acción.

Nosotras colaboramos frecuentemente en las dramatizaciones haciendo de *yoes auxiliares.*

El espacio de la dramatización estaba marcado por una alfombra, cosa que creemos que ayudó enormemente a identificarlo como este espacio e imaginario, donde verter la fantasía y las emociones.

Los niños diferenciaban perfectamente el *afuera.*

Los objetos utilizados fueron objetos neutros como pañuelos, cuerdas, almohadones, etc., que favorecieron el desarrollo de la capacidad de sustitución de objetos.

Este trabajo lo hemos llevado a cabo durante ocho meses, durante los cuales ha dado tiempo a trabajar cuatro cuentos:

— Caperucita Roja.
— Pulgarcito.
— El patito feo.
— Blancanieves.

La elección de estos cuentos estuvo en parte motivada por la unidad temática trabajada en el ciclo, ya que en este centro se trabaja con temas elegidos libremente por los niños.

Por ejemplo la elección del cuento *El patito feo* coincidió con el tema *Los cambios en la Naturaleza y en nosotros mismos.*

Es de señalar que en la última etapa del trabajo se propuso a los niños dramatizar las escenas que eligieran de todo lo anteriormente dramatizado y sus elecciones más frecuentes y apasionadas fueron las pertenecientes a *El patito feo.*

Esto coincidía también con la predilección de las monitoras.

Aunque consideramos en general todo el trabajo de gran riqueza, hemos seleccionado justamente el cuento de *El patito feo* para ejemplificar las escenas imaginarias que subyacen a las escenas manifiestas de dicho cuento.

DESARROLLO DEL TRABAJO

Evolución del grupo

En las sesiones de dramatización, aunque los niños se ceñían al argumento básico del cuento, nuestra pretensión no era en modo alguno realizar una representación estéticamente valiosa, sino que tuviera un efecto liberador y *catártico* (en el sentido Moreniano, es decir, como proceso de integración en los niños).

Así se les dejaba dramatizar e inventar espontáneamente facilitándoles desde las yoes auxiliares y desde la dirección de la dramatización.

Nos damos cuenta del efecto terapéutico de este trabajo por los cambios producidos tanto dentro del grupo, como en el grupo de clase de estos niños, en el sentido de mayor estructuración de su personalidad y mayores interrelaciones y de mejor calidad. En todos los casos, dichos cambios fueron constatados por los profesores de los niños, así como por sus compañeros y personas del Equipo Multiprofesional.

En algunos de ellos, los padres de dichos niños nos comunicaron cambios positivos de los mismos producidos en el entorno familiar.

Dichos cambios se manifestaron fundamentalmente en los siguientes aspectos:

— Una mayor tolerancia a la frustración.
— Una mayor aceptación de sus errores.
— Mayor cooperación con el grupo de clase.
— Mayor aceptación de otros niños hacia los que mostraban rechazo.
— Una comunicación más espontánea.

Por otro lado, el desarrollo del trabajo y la evolución del grupo respondieron al trabajo psicodramático en cuanto a estos aspectos:

— Se dramatizaron conflictos simbólicamente.
— Existió una comunicación simbólica.
— El trabajo fue de naturaleza lúdica.
— Produjo un efecto catártico, entendido como integrado y reestructurador.

El grupo evolucionó, desde una situación en que la participación de los niños no era total, la expresión de sus personajes, así como los cambios introducidos en ellos, eran pobres y ceñidos al modelo, a una participación de todos los niños, con una recreación personal y espontánea de los personajes y de la acción.

Niños, en un comienzo, muy inhibidos, que no desplegaban su comunicación con los otros, y otros que se atenían rígidamente al modelo aprendido del personaje, fueron capaces de participar, comunicarse y transformar creativamente sus dramatizaciones.

Asimismo, niños con una marcada incapacidad para dramatizar personajes negativos o *malos,* lograron finalmente una exteriorización genuina de las emociones negativas a través de dichos personajes.

También hay que señalar que se respetaron sus elecciones, no forzando a adoptar personajes a los que su momento evolutivo no les permitía acceder.

El principio simbólico del *como si* fue interiorizado por todos los niños, como lo muestra el que en escenas agresivas su *pegar o golpear* fuera simulado.

Acción de las monitoras

La acción de las dos monitoras tuvo los siguientes aspectos:

Una complementariedad en su relación y en su acción en el grupo reflejada de la siguiente manera:

— Una de ellas tuvo un papel de conducción del grupo.
— La otra tuvo un papel de mayor contención de las dificultades personales de cada niño y del grupo.

A pesar de ser dos mujeres, pudo haber elementos masculinos expresados en una figura más bien paterna (guía del grupo), y elementos femeninos en una figura materna (contención del grupo).

Es de hacer notar que cada papel poseía elementos del otro.

Los papeles asumidos en las dramatizaciones por las dos monitoras fueron, a menudo, de figuras parentales simbólicas.

En resumidas cuentas, creemos que se han posibilitado:

— Una contención de los conflictos.
— Una confianza en la resolución de los mismos favorecedora del crecimiento psíquico.

Consideraciones sobre el cuento de *El patito feo*

Hay que destacar que mientras que los demás cuentos se desarrollaron en cuatro sesiones, éste nos llevó ocho. Esto fue así porque este cuento proporcionó mucho material dado por los niños para trabajar en él.

También es de señalar que fue el que más nos motivó a nosotras mismas. Incluso ahora, varios meses después, los niños siguen recordando este cuento y no otros.

Creemos que esto se debe a que la simbología del mismo alude profundamente a la situación psicológica de marginación que viven estos niños por su deficiencia, ejemplificada en el papel del patito feo al que nadie acepta, en un principio.

Teniendo en cuenta la idea de escenas manifiestas-escenas latentes, vamos a exponer a continuación las dos dimensiones en el cuento de *El patito feo* trabajado.

ESCENAS MANIFIESTAS	ESCENAS LATENTES O IMAGINARIAS
1.ª Escena	
Una madre pato contempla cómo salen sus hijos del cascarón.	En una familia, aparece un miembro que no cumple sus expectativas: *es diferente.* Se produce una marginación de este miembro expresada en *su fealdad.*
Al contemplar al último de ellos, observa que es distinto a los demás y no puede evitar exclamar: Qué feo eres, hijo mío. Los demás hermanos también le llaman feo.	Dicha marginación parte de la figura materna y es compartida por todos los hermanos.
	Esta figura materna representa, por un lado el vínculo primigenio, y por consiguiente, la escena primigenia *, y por otro una condensación de todos los vínculos posteriores basados en aquél.

* Según P. POBLACIÓN KNAPPE.

ESCENAS MANIFIESTAS	ESCENAS LATENTES O IMAGINARIAS
2.ª Escena	
El patito feo intenta jugar con otros patitos, pero éstos le rechazan, no dejándole entrar en el juego y llamándole feo, burlándose de él y hasta agrediéndole.	Debido al vínculo primigenio, el patito feo no puede establecer una relación con los sujetos de su propia generación: «No puede jugar». A su vez los otros expresan el rechazo familiar y social que consolida su marginación.
3.ª Escena	
El patito feo llora, decide irse él solo. Es invierno y nieva. Él siente mucho frío.	Existe una conciencia de su marginación a través del sufrimiento y la soledad, que le provoca una huida y a la vez una búsqueda. Es una huida de aquello, que aun siendo parte de sí mismo, no ha podido interiorizar como suyo. Es una búsqueda de sí mismo, de otro vínculo que le permite dar significado a su vida. El frío y el invierno representan la soledad, el sufrimiento y el desamparo. El invierno simboliza también un período *pasivo,* en el que todavía no se puede producir la comunicación, la apertura. Pasivo, en el sentido de mucha energía latente, todavía inexpresada, sin forma. En el sentido de que *dentro* se está produciendo una transformación.
4.ª Escena	
Encuentra a un cazador que está disparando a los gansos salvajes. Él trata de impedirlo, pero finalmente debe salir huyendo para que no le dispare a él.	El cazador representa la amenaza a todo proceso de crecimiento. La ayuda a los gansos salvajes expresa compasión (en el sentido de *padecer con),* y *lucha.* Esta lucha que ya se anuncia en la escena anterior, convierte al patito feo en auténtico protagonista. (Protagonista: el que lucha en un principio).
5.ª Escena	
Llega a una casa en que viven una viejecita y un gato que le acogen y le dan calor y comida. Pero él no quiere quedarse allí y decide seguir su camino.	Encuentra un vínculo distinto y positivo, representado por una figura benéfica (la viejecita que aparece en multitud de leyendas como ánima positiva)*. Esta figura es facilitadora del crecimiento, y generalmente ayuda a realizar un tránsito. Esta escena tiene dos aspectos: — La parte materna de apoyo, protección y afectividad expresada en *calor y la comida.* — La parte profunda de ayuda a la superación de los fantasmas negativos que impiden el crecimiento.
6.ª Escena	
Es ya primavera y el patito ha crecido. Llega a un lago en que nadan cisnes. Admira su belleza. Al verse en el agua, comprueba que él es como esos cisnes. Va hacia ellos y éstos le aceptan. Juegan juntos.	La primavera expresa la transformación y el crecimiento. Hay todavía un temor a seguir manteniendo el vínculo antiguo y un sufrimiento por la belleza de los otros. Pero se produce el encuentro consigo mis-

* Según C. G. JUNG.

ESCENAS MANIFIESTAS	ESCENAS LATENTES O IMAGINARIAS
	mo, el descubrimiento de su propia imagen, que en este caso es semejante a la de los otros. Hay, por tanto, una superación de la situación de marginación que se refleja en la posibilidad de establecer un nuevo vínculo: *«ya puede jugar»*.
7.ª Escena	
Unas personas (una familia) admiran lo bellos que son los cisnes y les echan comida.	Esta escena representa la consolidación de un vínculo positivo a través de una pareja parental de padres buenos, que ayudan a crecer.

Evolución de uno de los miembros

Ya que ejemplificar la evolución de cada niño excedería los límites de esta comunicación, nos centraremos en el caso de un niño por parecernos especialmente relevante.

Llamaremos a este niño Luis.

Luis es un niño de siete años de edad, en 2.º curso de EGB. Se encuentra integrado en el centro, debido a su deficiencia visual (ambliopía).

Posee una capacidad intelectual muy alta (C.I.: 125 WISC y Raven).

Su situación familiar es la siguiente: Es hijo único de un matrimonio de 41 y 46 años de edad. El padre trabaja como ingeniero técnico en una empresa, y la madre tiene el nivel de técnico de grado medio y trabaja en una oficina.

Comparten su domicilio desde que se casaron con la abuela materna inválida, de 80 años y la tía-abuela de 82 años.

Existe una situación familiar de sobreprotección de Luis, representada fundamentalmente por la abuela y por la tía-abuela, quienes a su vez ejercen un control absoluto sobre la madre de Luis.

Como consecuencia de esta situación Luis presenta un retraso general muy acusado en todas las áreas psicomotrices, así como una carencia considerable de autonomía personal y una ausencia completa de amigos de su propia edad.

Luis en el colegio es un niño con un rendimiento escolar muy superior a lo normal. Sin embargo, no se muestra muy motivado para las tareas, esforzándose mínimamente.

Su situación en el grupo de clase empezó siendo de completo aislamiento, estableciendo únicamente relación con el profesor. En los pequeños grupos de psicomotricidad no se relacionaba con el resto de los niños.

En nuestras sesiones de dramatización empezó no queriendo realizar ningún personaje. Respetamos su ritmo lento de integración en el grupo, pero, al cabo de tres meses y habiéndose ya creado un clima de participación del resto del grupo, Luis seguía sin intervenir, manteniéndose de espectador.

Ante esta situación, y coincidiendo con el cuento de *El patito feo*, nos propusimos ayudarle a integrarse en las dramatizaciones.

En una de las sesiones, habida cuenta de que seguía sin elegir personaje, tratamos de introducirle en la acción a través de un personaje inanimado, para que le resultara más fácil.

Se negó, prefiriendo realizar el personaje de un cisne.

En la dramatización comenzó a realizar movimientos estereotipados propios de él, saliéndose del espacio, y aferrándose a las dos monitoras, lo cual acompañaba de gritos.

En la siguiente sesión, se le ayudó, de nuevo, a representar el personaje de un árbol y su comportamiento fue similar al de la anterior.

En una tercera sesión eligió, desde el principio, voluntariamente, dramatizar el personaje de la *madre pata*. En esta ocasión su dramatización fue adecuada y coherente.

En las sesiones posteriores participó en todas ellas.

Al mismo tiempo que se producían los cambios citados en las sesiones de dramatización, tuvo lugar un proceso de cambio de Luis en el ámbito escolar:

— En su grupo de clase empezó a establecer relación con dos niños: un niño y una niña.
— En los pequeños grupos de psicomotricidad empezó a formar parte activamente del grupo.
— Su motivación para determinadas tareas aumentó, encontrando en éstas un placer por su realización.

Todo este proceso ha sido paulatino, pero ahora, varios meses después, sigue ampliando su abanico de relaciones, y es capaz de participar en tareas grupales de la clase.

Consideramos que el trabajo de dramatización ha sido terapéutico en el caso de Luis, produciéndose en él un crecimiento psicosocial. Dicho proceso se inicia con la representación de la *madre pata* por parte de Luis.

Creemos que de ese modo Luis pudo integrar a su propia figura materna (obstaculizadora del crecimiento) y, por tanto, empezar a crecer.

Los siguientes datos nos confirman su situación psicológica:

En un juego de títeres, él eligió un pato y desde él dijo: «Vivo solo. Estoy solo. Mi madre ha muerto. Nunca he tenido padre».

Actualmente Luis participa en las nuevas sesiones de dramatización de este curso; manifestándose incluso muy creativo a la hora de desarrollar sus personajes.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE ESTE TRABAJO

Teniendo en cuenta el contexto en que ha sido ralizado este trabajo (un centro de integración) cuyo objetivo básico es posibilitar la participación activa de los niños integrados en el ámbito escolar, creemos que esta actividad de dramatización ha ayudado a afrontar simbólicamente su situación psicológica de marginación, con lo cual ha resultado terapéutica y enriquecedora, de modo que ha favorecido dicha participación.

Por los efectos positivos de este trabajo, tanto desde el punto de vista terapéutico como didáctico, creemos que sería muy favorable extender su realización a otros centros, no sólo de integración, lo cual implicaría personal especializado.

BIBLIOGRAFÍA

ANZIEU, D.: *El Psicodrama analítico en el niño.* Ed. Paidós, Buenos Aires.

BETTELHEIM, B.: *Psicoanálisis de los cuentos de hadas.* Ed. Crítica, Barcelona, 1980.

ELIADE, M.: *Mito y realidad.* Ediciones Guadarrama, Madrid, 1968.

JUNG, C. G.: *Símbolos de transformación.* Ed. Paidós, Barcelona, 1982.

MARCHESI, A.: *El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos.* Ed. Alianza Psicología, Madrid, 1987.

MARTÍNEZ BOUQUET, C.: *Fundamentos para una teoría del Psicodrama.* Ed. Siglo XXI, 1977.

MENEGAZZO, C. M.: *Magia, mito y psicodrama.* Ed. Paidós, 1981.

MOCCIO, F.: *El taller de terapias expresivas.* Ed. Paidós, Barcelona 1980.

MORENO, J. L.: *Psicoterapia de grupo y psicodrama.* Ed. Fondo de cultura económica.

PIAGET, J.: *La formación del símbolo en el niño.* Ed. Fondo de cultura económica, 1984.

WINNICOTT, D. W.: *Realidad y juego.* Ed. Gedisa, Barcelona, 1979.

Revista

POBLACION KNAPPE, P.: *La escena primigenia y el proceso diabólico.* Encuentro n.º 1, Boletín del I.T.G.P., octubre, 1985.

CONCEPCIÓN TEÓRICA DE LA EVOLUCIÓN LONGITUDINAL DE LOS GRUPOS PSICODRAMÁTICOS

J. A. ESPINA BARRIO

A Pablo Población, quien me sugirió la idea básica de este escrito.

INTRODUCCIÓN

En psicodrama no basta el análisis de la sesión de grupo o, como en toda sesión dinámica, la visión aislada no dice nada si no se contextualiza.

Por otra parte la mirada longitudinal permite aprehender eso que se denomina crecimiento grupal que está provisto de etapas, pero no por ello deja de ser un *continuum* grupal.

El objetivo de esta comunicación es describir un modelo de fácil comprensión pero de gran utilidad clínica a la hora de la observación del grupo, ya que nos va a permitir discernir el momento grupal y su previsible evolución en las siguientes sesiones. Previamente describiremos dos concepciones: filosófica e histórica, que nos posibilitarán argumentar mejor la muestra que denominaremos como espiral evolutiva y que ocupará el último apartado de este artículo.

DIALÉCTICA HEGELIANA

Para HEGEL[5] la dialéctica es la unidad de pensamiento y ser tal y como se desarrolla en la experiencia. Aunque dicha dialéctica recibe acusaciones de rígida, ello se deriva más del carácter pedagógico de su desarrollo que de la concepción misma. De hecho es triádica (tesis-antítesis-síntesis); siendo la tesis positiva el espíritu absoluto, inmediato y anterior a la autoalienación; la antítesis es el espíritu *hecho otro* y alienado; y la síntesis es el espíritu que vuelve a sí mismo y se *reconcilia.* La tesis y la antítesis son *momentos* inseparables de un único pensamiento: la antítesis; que llega a la inmediación por la síntesis. De este modo la tríada es un resultado en el que está contenido su proceso.

El desarrollo hegeliano se puede representar más como un círculo que como una recta, o mejor como una espiral que gira alrededor de un tubo cilíndrico y que se encuentra salpicada de tríadas evolutivas (Δ) por las que el hombre evoluciona desde la naturaleza a la autoconsciencia. De esta manera es como HEGEL concibe la evolución humana a lo largo de la vida, pues el sujeto cuando nace es puro ser, naturaleza, y a lo largo de su existencia llega al concepto o idea, es decir, pasa de la consciencia a la autoconsciencia como se puede observar en la figura 1.

DE LA IMPLANTACIÓN PERVERSA AL DISPOSITIVO DE DOMINIO DE FOUCAULT

Cuando este autor[3] estudia la hipótesis represiva en el siglo XVIII, señala que la implantación perversa de la sexualidad se realizó por medio de espirales de placer y poder activados por mecanismos de excitación e incitación (fig. 2).

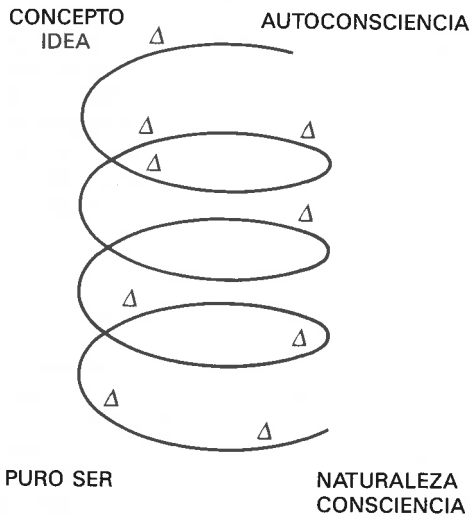


Fig. 1

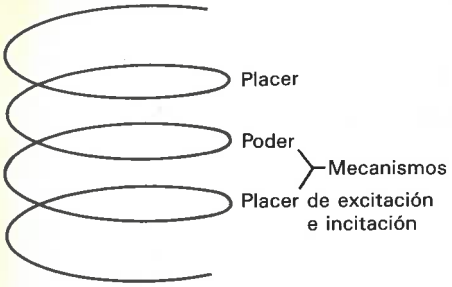


Fig. 2

Si el modelo anterior opera a nivel social, en el estudio de los dispositivos de sexualidad hay uno que funciona a nivel familiar y es el de dominio. En este dispositivo la familia ejerce de cambiador del dispositivo de sexualidad en el de alianza y mediante este papel el niño accede

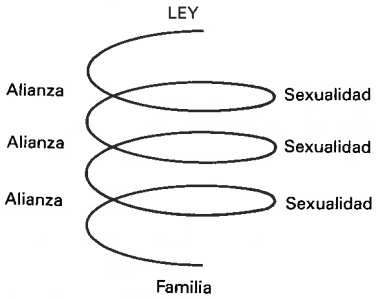


Fig. 3

a la Ley. Este papel se realiza en forma de espiral como se advierte en la figura 3.

Hasta este momento hemos revisado el desarrollo del individuo a lo largo del proceso vital así como la historia de la sexualidad desde el punto de vista social, implantación perversa de la sexualidad; y familiar, dispositivo de dominio de la sexualidad. Falta el desarrollo grupal del que nos ocuparemos a continuación.

LA VISIÓN TRANSVERSAL Y LONGITUDINAL DEL GRUPO

Tal vez sea el psicodrama la técnica grupal que mejor estructurada tenga la sesión única ya que, teóricamente, está dividida en tres fases: precalentamiento, dramatización y eco grupal. Estas fases se desarrollan en todas o casi todas las sesiones psicodramáticas, cualquiera que sea la fase evolutiva del grupo o el tiempo de desarrollo del mismo: inicio, intermedio y final. Cada grupo posee una lectura del momento actual y otra del contexto. Para la primera es indispensable tener en cuenta lo reseñado y de esta forma se nos da una imagen fotográfica, una instantánea del grupo que abarca las tres fases citadas, las cuales encuadran el momento grupal que denominamos etapa: infantil, adolescente, adulta o parental, según sea la situación grupal. La crónica del grupo implica una visión diferente. En este sentido son importantes los tres supuestos básicos de BION[1]: dependencia, ataque-fuga y emparejamiento o la historia natural del grupo de FOULKES[4], la cual, siguiendo a BACH, se conforma en tres fases: inicial, intermedia y terminal con distintas peculiaridades. Aunque los supuestos básicos no son excluyentes, no dejan de señalar una artificiosidad en la evolución terapéutica del grupo que queda rota por estas fronteras. La historia natural pretende dar un continuo que a veces resulta difícil de discriminar, sobre todo en los aspectos intermedios.

El modelo que se aproxima a lo ideal debería de entender el proceso terapéutico como un suceso ininterrumpido, pero como todo evento dinámico no exento de progresiones y regresiones. A propósito de estos últimos, no queremos dejar de resaltar el frecuente error epistemológico de asimilar la regresión infantil del adulto con las etapas infantiles evolutivas del niño, tal y como lo denuncia FOUCAULT[2]. Aunque el grupo regrese a un estado infantil, nada tiene que ver con un grupo de niños pues no hay que olvidarse que son adultos en grupo cuya conflictiva grupal les lleva a conducirse *como* niños, pero no *son* niños y si aludimos al símil evolutivo es porque, hoy por hoy, no tenemos otra forma mejor de expresarnos o de explicar este fenómeno. Por tanto, dichos aconteceres evolutivos del grupo, que didácticamente hemos llamado etapas grupales: infantil, adolescentes, adulta y parental, pueden encontrarse en cualquier momento del grupo; pero el modelo ha de diferenciar la etapa infantil de los inicios del grupo de la que ocurra, por ejemplo, al final, ya que el contexto no es el mismo. En una teoría del crecimiento, el grupo que está por finalizar tiene un bagaje histórico que le posibilita afrontar la etapa infantil de una forma diferente a cuando el grupo comenzó su andadura. Se puede afirmar que el modelo propuesto ha de seguir la dialéctica hegeliana, es decir, un resultado en el que está contenido su proceso, el cual hemos descrito en el apartado 2.

DE LA DRAMATIZACIÓN EN LANZADERA A LA ESPIRAL EVOLUTIVA

La dramatización en lanzadera* es una forma de trabajo psicodramática en la que se parte de una situación actual conflictiva que se encadena con otras dramatizaciones pasadas con la que está conectada y al final se vuelve a dramatizar la situación primera integrándose así la catarsis, pues la situación adquiere otra perspectiva.

Fig. 4

Si quisiéramos representarlo espacialmente sería como un círculo (fig. 4), pero lo que ocurre es que al volver a dramatizar la situación primera es *como* si volviéramos al principio, puesto que la dramatización de las escenas resonantes hacen que el emergente grupal, que es el protagonista, se encuentre a otro nivel, por lo que el círculo no sería cerrado sino abierto (fig. 5).

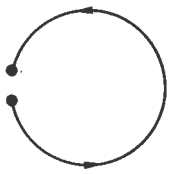


Fig. 5

El encadenamiento de estas dramatizaciones es el que nos llevaría a la disposición en espiral que cumple las condiciones ideales detalladas en el apartado anterior y da al grupo un sentido histórico continuado y conforme a las teorías del crecimiento, siendo el modelo el representado en la figura 6. Indudablemente un grupo es un contexto dinámico y la espiral evolutiva no tiene la rigidez de la doble helicoide del DNA de WATSON y CREEK; por eso es preciso puntualizar que la figura 6 es un ejemplo teórico, puesto que las espirales del crecimiento del grupo pueden ser más o menos verticales y que las etapas grupales pueden tener una variedad y orden variable, ya que en esto como en otros sentidos cada grupo es único en su desarrollo.

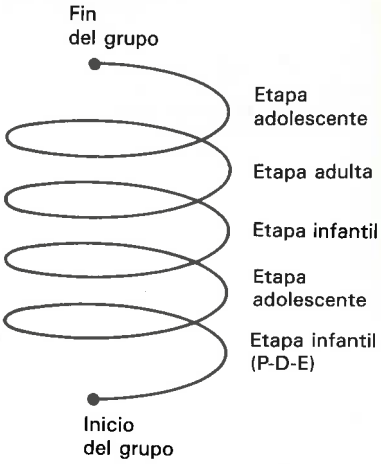


Fig. 6

Lo cierto es que este modelo conjuga la visión transversal con la longitudinal y posee un indudable interés a la hora de analizar y comprender los grupos tanto en sus aspectos clínicos, observacionales y didácticos, pues esta concepción implica la aprehensión del grupo como un todo dinámico en el que las progresiones y regresiones se encuentran contextualizadas, pues cada vuelta de la espiral implica un paso más en la vida del grupo sin que el hecho de que se pase de una etapa adulta a otra, por ejemplo, adolescente, represente un volver a lo mismo, sino en todo caso una vuelta más de la lanzadera en la construcción del tapiz que representa la biografía del grupo.

* Término empleado por P. POBLACIÓN para definir esta forma de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. BION, W. R.: *Experiencias en grupos.* Grupos e Instituciones. Paidós, 2.ª reimpresión. Barcelona, 1985. (Traducido por Angel Nebbia).
2 FOUCAULT, M.: *Enfermedad mental y personalidad.* Biblioteca de Psiquiatría, Psicopatología y Psicosomática, Vol. 6, Serie Menor. Paidós, 2.ª edición. Buenos Aires, 1979. (Traducido por Emma Kestelboim).
3 FOUCAULT, M.: *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber.* S. XXI, 10.ª edición. Madrid, 1984. (Traducido por Ulises Guiñazú).
4 FOULKES, S. H., y ANTHONY, E. J.: *Psicoterapia psicoanalítica de grupo.* Paidós, 1.ª edición. Buenos Aires, 1964.
5 MURE, G. R. G.: *La filosofía de Hegel.* Colección Teorema, Serie Menor. Cátedra. Madrid, 1982. (Traducido por Alfredo Brotón Muñoz).

LOS TÍTERES, DEL TEATRO A LA TERAPIA

ALBA JUANOLA
JEANINE ESCORNÉ

EFECTOS PSICOLÓGICOS DEL TEATRO DE TÍTERES

El títere como representación simbólica de la realidad

El teatro de títeres ofrece una representación de la realidad más alejada de ésta que el teatro de actores, en tanto que los personajes son objetos manipulados y no personajes reales como en el teatro, donde el actor tiene una realidad humana que precede y acompaña al personaje que encarna.

El juego de títeres se sitúa en un plano ilusorio, nos ofrece una ilusión de realidad; para ello se debe dar un doble juego:

a) El del manipulador, que da movimiento y expresión al títere.
b) El del espectador, que se hace cómplice y otorga al títere una realidad humana.

Consideramos el teatro de títeres como una representación simbólica de la realidad dado que el manipulador debe expresar, a través de un objeto, actitudes, movimientos y sentimientos humanos.

No se trata pues, de una representación de la realidad en toda su complejidad, sino de una síntesis de ésta en sus rasgos esenciales; de ahí su carácter simbólico.

El manipulador ofrece una representación plástica simple y esquemática de cada personaje y son el movimiento del juego y la imaginación del espectador los que invisten a los títeres de todas las expresiones humanas.

Efectos en el espectador

Los efectos más evidentes que producen los títeres en el espectador son la fascinación y la sugestión. Éstos se dan a dos niveles:

a) Por el hecho de ser objetos inanimados que toman vida.
b) A consecuencia de la naturaleza ilusoria de la acción, aceptada implícitamente por el espectador.

El espectador, a diferencia del teatro de actores, tendrá que realizar un esfuerzo más intenso para transformar lo inverosímil en realidad, según el siguiente proceso:

a) Por una parte disfruta del espectáculo, se olvida de sí mismo y proyecta su mundo interno en la forma estética que se le ofrece; está involucrado totalmente en el juego escénico.
b) Por otra parte, es consciente por momentos de que simplemente está asistiendo a una representación y entonces toma distancia del juego escénico; esta distancia, paradójicamente, le pone de manifiesto toda la fuerza sugestiva y fascinante del títere.

En conclusión, el teatro de títeres, teatro del objeto, da al espectador el placer de ver, por proyección, encarnarse su mundo subjetivo, pero le obliga también a tomar distancia con respec-

to a su ilusión. Este distanciamiento puede, por lo tanto, ser revelador de lo que en la vida cotidiana no conviene o no es posible expresar.

Efectos en el manipulador

En la animación de un títere distinguimos dos aspectos:

a) Aspecto técnico o de manipulación.
b) Aspecto psicológico o de creación del personaje.

Aspecto técnico. A este nivel, se da una disociación entre los movimientos del manipulador y los movimientos del títere. En el juego escénico, el manipulador tendrá que interiorizar e inhibir su propio movimiento para transmitírselo al títere, de forma que la expresión de éste sea adecuada al personaje que encarna.

Aspecto psicológico. En la creación del personaje, el manipulador recurre a su experiencia personal proyectando en el títere aspectos de su mundo interno. Este proceso de identificación con el personaje puede provocarle, durante la representación, cambios anímicos reales.

Entre el manipulador y el títere, en tanto que creador/objeto creado, se establece un vínculo afectivo intenso.

Observamos aquí la misma ambivalencia que en el caso del espectador: proyección en el objeto y distanciamiento de éste; este último aspecto se ve reforzado por diferentes factores:

a) *En la etapa previa de construcción:*
   — Dada la resistencia natural de la materia (proceso de modelaje).
   — Dada la necesidad de simbolización, es decir, de sintetizar en el objeto los rasgos de un personaje.

b) *En la etapa de manipulación:*
   — Dada la naturaleza del objeto diferente de él mismo (caso contrario al de actor) que marca claramente la distancia entre Yo y Rol.
   — Dada la disociación de movimientos entre su cuerpo y el cuerpo del títere.

LOS TÍTERES EN EL MARCO TERAPÉUTICO: SU UTILIZACIÓN EN PSICODRAMA

Juego de roles y dramatización

El psicodrama, por medio de la dramatización, posibilita el juego de roles y el establecimiento de vínculos con el objetivo de desarrollar al máximo los roles potenciales y adquiridos del individuo y a fin de poderlos ejecutar de manera creativa y no estereotipada.

Durante el proceso psicodramático, los contenidos aportados por el protagonista (emergente grupal) son tratados por medio de técnicas activas que los concretizan y conforman en un campo terapéutico que permite, a través de la acción dramática, un compromiso afectivo, un mayor grado de comprensión y la elaboración del conflicto.

En este marco terapéutico, los títeres, dadas sus características, constituyen un instrumento muy eficaz a dos niveles:

a) Facilita la expresión de los contenidos del paciente.
b) Permite una intervención del equipo terapéutico en situaciones de elevada carga emocional y en escenas de difícil abordaje.

Características más relevantes de los títeres

En el juego de títeres, los efectos de fascinación y sugestión que observamos en el contexto teatral son también importantes en el marco terapéutico, ya que facilitan la captación inmediata de la atención del auditorio posibilitando la tensión dramática y el clima emocional imprescindible para el caldeamiento grupal.

Sin embargo, el títere, por su cualidad de objeto, posee unas características especiales a tener en cuenta en la práctica psicoterapéutica:

a) ***La inocuidad.*** Dada su naturaleza de objeto, no es vivido por el paciente de forma persecutoria, no supone para él un peligro real aunque puede hacerle sentir emociones intensas. Estas emociones pueden ser canalizadas y expresadas por el paciente a través del títere sin temor a las consecuencias de su acción.

b) ***La ductilidad.*** Para aprovechar al máximo las posibilidades del títere, es necesario que éste se adecue a los cambios bruscos e inesperados que acontezcan en el proceso terapéutico.

   Cuando conseguimos captar la atención del paciente en el títere, no podemos prever la respuesta de aquél ni cuál será el rol en juego; el títere posee la ductilidad necesaria para adaptarse rápidamente a las necesidades del momento. En el proceso terapéutico, los títeres no mantienen un rol fijo o predeterminado, los roles varían y se configuran sobre la escena, en el «aquí y ahora».

c) ***Instrumentabilidad.*** El paciente puede instrumentar el títere como una prolongación de sí

mismo, a modo de objeto intermediario entre él y el afuera; la protección que le ofrece el objeto facilita a su vez la expresión de sus contenidos.

Funciones

Para el paciente

El títere tiene varias funciones para el paciente:

1. ***Reforzador yoico.*** Esta función se da como consecuencia de una doble protección:
   — El teatrillo de títeres.
   — El títere como vehículo comunicacional.
   El paciente se oculta de la mirada de los demás situándose detrás del teatrillo y del títere; a su vez, le permite la creación de un personaje diferenciado de él mismo en quien depositar contenidos y emociones propias.

2. ***Desinhibición.*** El títere, en tanto que objeto que simboliza la realidad, facilita el nivel de juego y reduce los miedos y tensiones.

3. ***Proyección.*** El títere permite al paciente proyectar y expresar contenidos personales de elevado compromiso emocional.
   Toda forma evoca y convoca un contenido. En consecuencia, la forma plástica, la estética del títere, es importante y está estrechamente relacionada con el contenido verbal y el movimiento en la acción concreta.
   Cuando es el paciente quien construye el títere, el aspecto formal toma para él una significación más amplia dado que el proceso proyectivo comienza ya desde la etapa de construcción. En ocasiones el paciente reconoce en el títere aspectos propios; en otras, se sorprende de su propia creación y niega cualquier vinculación con el personaje.
   La función del terapeuta es entonces iniciar el proceso de identificación del personaje, que permitirá al paciente tomar conciencia de los contenidos inconscientes proyectados y asumirlos como propios.

Como instrumento del equipo terapéutico

En este punto hay dos aspectos a considerar:

1. ***El aspecto técnico o de manipulación.*** Cuando el títere es manipulado desde el equipo terapéutico (por el yo-auxiliar) es importante tener en cuenta dos niveles: *a)* la forma y el movimiento; *b)* el contenido.
   — *Forma y movimiento.* El yo-auxiliar debe disponer de conocimientos y recursos técnicos para lograr transmitir al títere la fuerza expresiva adecuada. El entrenamiento se realiza mediante técnicas de relajación y conciencia corporal, canalizando la energía hacia las manos; posteriormente se incorporan juegos de expresión manual con guantes, bolas u otros objetos, así como la manipulación de diferentes tipos de títeres. Es aconsejable, también, una gimnasia de dedos y muñecas a fin de precisar al máximo los movimientos del títere y utilizar todas sus posibilidades expresivas.
   Los movimientos deben ser simples, concretos y exagerados, ya que nuestra mano corresponde a todo el cuerpo del títere.
   Otro aspecto a tener en cuenta es la máxima utilización del espacio escénico en altura, amplitud y profundidad.
   — *El contenido.* También aquí debemos observar diferentes aspectos:
   a) *La creación y adecuación del rol.* En función de una estrategia terapéutica, creamos un personaje cuyo objetivo inicial es la movilización de contenidos para detectar el emergente grupal. Debemos, pues, realizar una función de *radar* percibiendo el efecto que produce el títere para poder adecuarnos de manera flexible a la respuesta del auditorio. A veces, ello supondrá un cambio de personaje, o bien la potenciación de algunos de sus aspectos.
   Insistimos en la importancia de que el yo-auxiliar disponga de recursos escénicos para poder incorporar rápidamente nuevos contenidos al rol.
   b) *La fuerza expresiva y estética.* Cada títere presenta una forma plástica específica de la cual debemos imbuirnos para dotarlo del movimiento y la voz adecuados al rol que está jugando.
   c) *El contenido emocional del rol.* El manipulador, a través del títere, deberá propiciar un clima emocional evitando los personajes *planos,* distantes o intelectualizados, de manera que el auditorio o el paciente se impliquen en el juego escénico.
   d) *La flexibilidad del rol.* Es la capacidad de ir creando y dibujando de forma espontánea, sobre la escena, el rol complementario al rol que el protagonista pone en juego.

2. ***Los objetivos terapéuticos.*** En psicodrama, los títeres se pueden utilizar en las diferentes etapas de la sesión, en diferentes momentos del proceso grupal y con objetivos muy concretos que podemos sintetizar en tres puntos:
   a) *Establecer una comunicación directa con el*

Marco de referencia:
Social - normas establecidas por el contexto social y aceptadas convencionalmente.

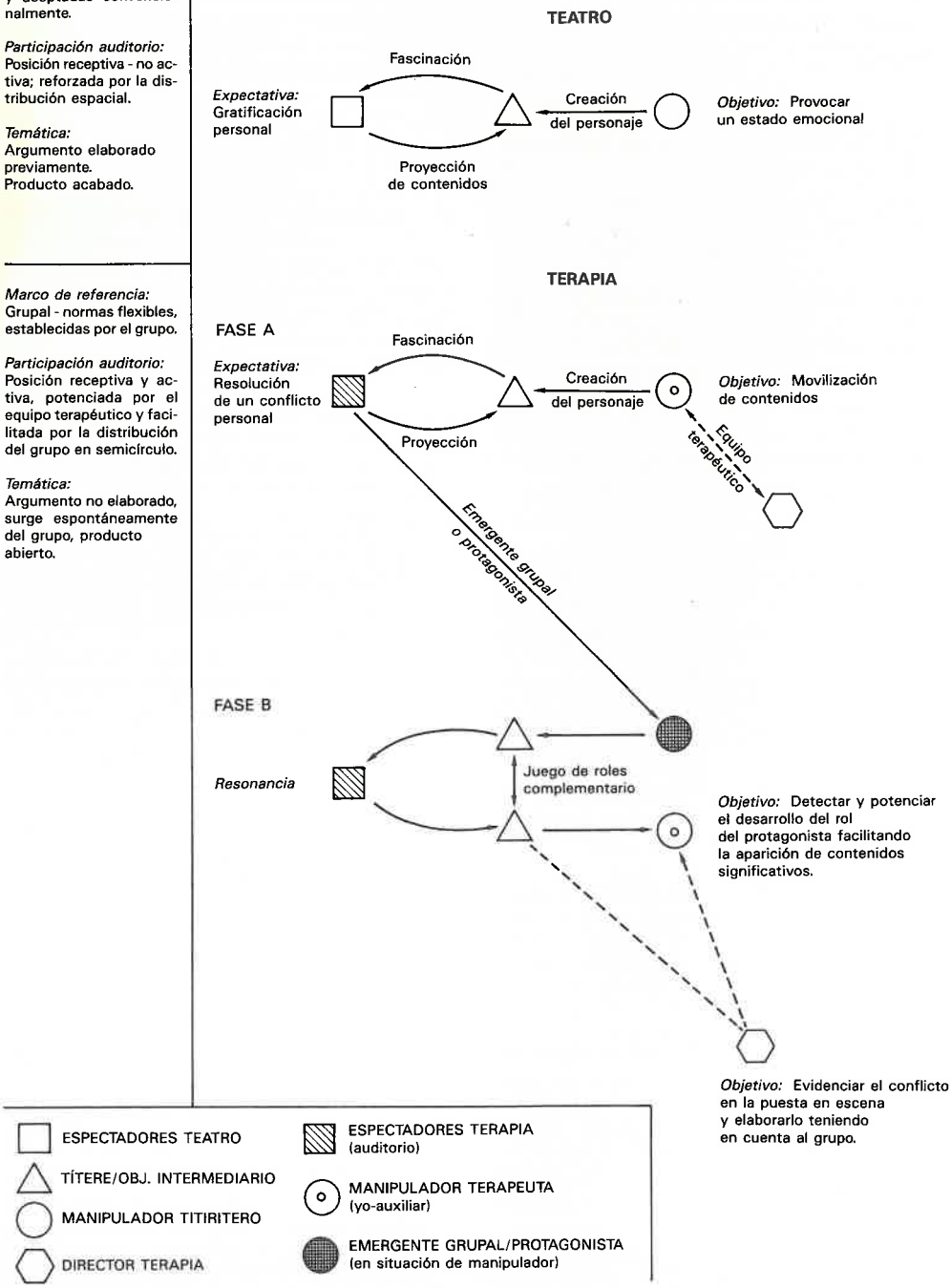
Participación auditorio:
Posición receptiva - no activa; reforzada por la distribución espacial.

Temática:
Argumento elaborado previamente.
Producto acabado.

Marco de referencia:
Grupal - normas flexibles, establecidas por el grupo.

Participación auditorio:
Posición receptiva y activa, potenciada por el equipo terapéutico y facilitada por la distribución del grupo en semicírculo.

Temática:
Argumento no elaborado, surge espontáneamente del grupo, producto abierto.



Diagrama

auditorio. Como ya hemos observado anteriormente, una de las principales características del títere es su capacidad de centrar en él, de forma inmediata, la atención del auditorio. Esta comunicación directa que se establece es muy importante en la etapa de caldeamiento puesto que facilita la aparición del emergente grupal; éste iniciará un primer juego de roles con los títeres detrás del teatrillo hasta que el rol activado se concretice.

b) *Introducir un tema latente (no manifiesto).* Ante fuertes defensas a la aparición de ciertos contenidos, el director puede recurrir a los títeres para reducir la tensión y el bloqueo emocional del paciente.

Su utilización está especialmente indicada en el tratamiento de temas de difícil abordaje en el juego dramático *cara a cara,* como pueden ser el sexo y la violencia.

Manteniendo la intensidad emocional necesaria para la elaboración del conflicto, los títeres permiten poner en escena, sin peligro real para los pacientes, situaciones límite de agresión y destrucción, o bien fantasías sexuales sin despertar sentimientos de culpa o vergüenza.

c) *Facilitar la dramatización.* Durante la etapa de dramatización se pueden dar situaciones de tensión emocional muy intensa que dificulten o corten el proceso dramático iniciado. Para recuperar el nivel de juego del protagonista, traspolamos la escena al teatrillo y la retomamos a través de los títeres; una vez superada esta etapa, pasamos de nuevo al juego dramático *cara a cara.*

DIAGRAMA COMPARATIVO DE LA UTILIZACIÓN DEL TÍTERE EN EL PROCESO TEATRAL Y EN EL TERAPÉUTICO

Finalmente, hemos elaborado un diagrama donde sintetizamos de manera clara y en líneas generales las principales diferencias de la utilización del títere en el proceso teatral y en el terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

ANDERSON y ANDERSON: *Técnicas proyectivas del diagnóstico clínico.* Ed. Rialp. Madrid.

BUSTOS, D. M.: *Psicoterapia psicodramática.* Ed. Paidós. Buenos Aires, 1975.

MENEGAZZO, C. M.: *Magia, mito y psicodrama.* Ed. Paidós. Buenos Aires, 1981.

FOURNEL, P.: *Les marionnettes.* Ed. Bordas. París, 1982.

MORENO, J. L.: *Psicodrama.* Ed. Hormé. Buenos Aires, 1978.

MORENO, J. L.: *Psicoterapia de grupo y psicodrama.* Ed. F.C.E. México, 1975.

ROJAS-BERMÚDEZ, J.: *Qué es el psicodrama,* 1966. *El objeto intermediario,* 1969. *Títeres y psicodrama,* 1970. Ed. Genitor. Buenos Aires.

BROOK, P.: *L'espace vide.* Ed. Seuil. París.

PHILPOTT, A. R.: *Puppets and Therapy.*

TARQUINI R.: *Psicodrama con pacientes crónicos.* Informaciones Psiquiátricas, n.º 106. 1986.

GONZÁLEZ, A. M.: *Experiencias en psicodrama con psicóticos dentro del Hospital de Día Torre de la Creu.* Informaciones Psiquiátricas, n.º 92-93. 1983.

ROSALES, C.: *El títere como objeto intra-intermediaro.* Informaciones Psiquiátricas, n.º 95. 1985.

EL PSICODRAMA EN LA TERAPIA DE FAMILIA: UN CASO CLÍNICO

JOSÉ DÍAZ MORFA
DANILO UBRI ACEVEDO

INTRODUCCIÓN

En la terapia de familia y en el psicodrama coinciden puntos privilegiados que nos permiten comprender la dinámica de interacción entre los miembros de una familia y, a la vez, nos ofrecen el camino para desarrollar la espontaneidad, la autonomía emocional y la confianza entre sus componentes.

En el psicodrama se crea una matriz grupal, cuya seguridad permite la identificación y diferenciación de cada miembro. Así como relaciones interpersonales, sin necesidad de establecer una simbiosis.

La familia como matriz privilegiada, partiendo de la confianza permite el desarrollo de la identidad y el logro de la diferenciación.

El director psicodramático favorece la comunicación, la espontaneidad y la acción en el *aquí y ahora.* Igual labor desarrolla el terapeuta familiar.

El ambiente de interacción entre los miembros hace que afloren los roles adquiridos y estereotipados, el psicodrama facilita la adquisición de nuevos roles y unas relaciones más espontáneas.

Desde el ambiente familiar, el terapeuta de familia consigue que sus integrantes vean las pautas estereotipadas y disfuncionales de la familia y crea otra vía de relación más espontánea.

Para MINUCHIN la *intensidad,* en la terapia familiar, para producir el cambio, se puede comparar con un «cotejo de gritos entre el terapeuta y una familia dura de oídos. Es preciso que la familia oiga realmente el mensaje del terapeuta. Si son duros de oído aquél tendrá que gritar». Esto se puede lograr haciendo que cada miembro escuche y descubra la familia interiorizada a través de la movilización de roles familiares, con la utilización de técnicas psicodramáticas.

En el caso clínico que presentamos intentaremos, a través de escenas, mostrar el abordaje terapéutico psicodramático, en una familia con pautas esquizoides, cuyo *emergente* es un adolescente de 23 años.

Se trata de una familia compuesta de siete hermanos y una madre viuda de 53 años de edad. A la terapia sólo asisten 5 hermanos y la madre, ya que las dos hijas mayores casadas viven fuera de la ciudad. El padre falleció hace 7 años, y lo describen como «muy trabajador, sacrificado y nunca se divertía». A la madre los hijos la describen como una persona con la que no pueden comunicarse... «es que ella no escucha, habla sin parar...».

En una de las primeras sesiones, uno de los hijos, Javier, decía: «Nos sentimos culpables, porque ellos —los padres— no salían, ni tenían desahogo, por culpa de nosotros».

La madre responde: «Mi marido tuvo que trabajar mucho porque tenía muchos hijos. Yo hago todo en casa... vosotros no me ayudáis». Luego la madre detalla sus labores en la casa. Nos dice: «Me sacrifico por ellos».

Quisimos, a partir de este diálogo, elaborar este sentimiento de culpa, que les impedía lograr una autonomía. Para ello, propusimos paradójicamente la indagación familiar conjunta de obligaciones mutuamente interdependientes y cargadas de culpa, en vez de una separación abrupta.

Después de una discusión sobre la participación de cada uno en las labores de la casa, se les pidió que mediante una escultura familiar expresaran cómo vivenciaban la familia. La escultura que surgió fue una familia con cada uno de sus miembros separados y/o de espaldas a los demás. Después de que cada miembro expresara sus temores de ruptura y sus deseos de aproximación, la escultura familiar se fue transformando en un círculo de unión todos abrazados.

La autonomía es un concepto dialéctico, no la podemos equiparar a la separación física. Se fundamenta esta separación física entre padres e hijos, argumentando que así se desarrollarán mecanismos que les ayuden a valerse por sí mismos, y que, a la vez, reducirán su mutua interdependencia emocional. Sin embargo, esta separación física puede favorecer un desplazamiento contraautónomo interior, en el sistema de lealtades de la familia. Por tanto, puede inducir sentimientos de culpa en quien la realiza, y la culpa es un gran obstáculo para una emancipación en verdad autónoma. La posibilidad de que aumenten las culpas es un precio demasiado caro, a cambio de poder funcionar de forma independiente.

Paradójicamente se logra una mayor individuación mediante la indagación familiar conjunta de obligaciones mutuamente interdependientes y cargadas de culpa, que por medio de una separación abrupta. La pertenencia —al grupo familiar—, y a partir de ella, el abordaje de las *cuentas pendientes,* nos conduce a una independencia más que una prematura huida para evitar afrontar los conflictos.

Es decir, esta familia desunida, no podía, sin embargo separarse, por sentimiento de culpa. De ahí el re-estructurar la familia para favorecer una verdadera autonomía y no continuar con la huida. Lo cual, a la vez, permitió acercar a la madre al resto de la familia y no verla como una madre-mártir.

En otra sesión dice Luis (el emergente): «Cuando murió papá, yo fui el apoyo de mamá».

Añade Javier: «Yo también llevé la carga familiar».

Agrega Angel: «Yo tampoco he tenido tiempo para divertirme».

Dice la madre: «Había que sacar la familia adelante».

Vimos claramente cómo surgía la figura del padre y se sugirió hablarle al padre ausente. Destacaremos algunas frases significativas:

Luis al padre: «Me hiciste crear responsabilidades».

Angel al padre: «Siento culpa por no conseguir lo que me pediste, que fue la unidad».

Enrique al padre: «A partir de desaparecer tú no me he vuelto a sentir niño, sino desplazado». (Aquí nosotros agregaríamos: «Desplazado hacia el rol de padre»).

Mercedes a su padre: «...Recuerdo el regalo que te hice...» —llora, ya no puede decir más—. El regalo se lo hizo cuando tenía 5 años, ahora tiene 19 años. Este regalo fue un póster en tela negra, con letras amarillas que decía:

A MI PADRE:

Dejaste el sol para ir a la oficina.
Dejaste de hacer una caricia a un niño
por saludar al director.
Dejaste de ver el mar por una letra de cambio.
Dejaste de sonreír por olvido.
Dejaste las bellas ideas por la realidad aplastante
de tu mesa de trabajo.
Dejaste de jugar porque te llegó a aburrir.
Dejaste que te quitaran la vida por comodidad.
Dejaste de luchar antes de comenzar.
Dejaste que te dejaran en paz.

R.I.P.

En el cambio de roles se vio claramente ese padre interiorizado, lo resumimos, en una frase de Luis, desde el rol del Padre que le hablaba a Luis: «Tienes que trabajar, tienes muchos hermanos y hay que sacarles adelante. No hay tiempo para divertirse, sólo hay tiempo para trabajar».

El hijo se identifica con el padre hasta parecérsele, lo convierte en su ideal del yo, que introyecta hasta el punto que no sabe cuáles son sus propios deseos.

El cambio de roles permite que el protagonista (que es cada miembro de la familia y la familia) se dé cuenta de ese rol paterno, que vislumbre y adquiera otros roles. Ya no repite ese rol, a pesar de sí mismo.

Muchos trastornos se originan al adoptar un rol que nos perturba, aun si creemos haberlo escogido. Así son muchos los que se hacen médi-

cos, misioneros, arquitectos, etc., sólo como defensa o compensación.

Se aferran en tanto mayor medida a su rol, cuanto mayor es el miedo a ser abandonado por él.

Podemos decir, que en esta familia los hijos se aferraban al rol del padre para no revivir su ausencia —abandono del padre—. Les serviría para negar y/o compensar la ausencia de la figura paterna. El psicodrama nos permite ver el origen de la adquisición de un rol, movilizar roles, adoptar diferentes roles sin confundirse con él, aceptarlos o rechazarlos.

Por supuesto, detrás también se esconden otras motivaciones, como el intento de cumplir los proyectos paternos depositados en ellos y así *salvar* a sus padres de sus frustraciones.

Con ello, a la vez, le negaban lo lúdico como aspecto no defensivo del yo. El juego como imaginación-creatividad. El que no se arriesga imaginando, no se cura.

BIBLIOGRAFÍA

BOSZORMENYL-NAGY, I.: *Lealtades invisibles.* Ed. Amorrortu, 1973.

LEMOINE, G. y P.: *Teoría del psicodrama.* Ed. Gedisa, 1979.

LÓPEZ BARBERÀ, E., y otros: *La terapia de familia desde el psicodrama.* Revista Encuentro, n.º 2. 1986.

MARTÍ TUSQUETS, y SATNÉ, L.: *Desarrollos en psicoterapia de grupo y psicodrama.* Ed. Gedisa, 1982.

MORENO, J. L.: *Psicoterapia de grupo y psicodrama.* Fondo de cultura económica, 1975.

MINUCHIN, S.: *Técnicas de terapia familiar.* Ed. Paidós, 1985.

PAVLOVSKY, E.: *Clínica grupal I.* Ed. Búsqueda, 1980.

I SYMPÓSIUM DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN PISOS

- El colectivo de profesionales que al margen se citan hemos organizado, para la primera quincena de junio, un Sympósium para poner en común las experiencias que existen en todo el Estado alrededor de la Asistencia Psiquiátrica en Pisos, evaluarlas, discutirlas, hacer proyectos para el futuro y dar a conocer a las autoridades sanitarias este tipo de asistencia, una más dentro del abanico de posibilidades de las que actualmente disponemos para atender a los enfermos mentales.
- Este Sympósium está dirigido a todos aquellos profesionales que desde diversos estamentos, trabajan en Salud Mental, sobre todo a los que ya están trabajando en Pisos Asistidos y también a aquellos que quieran conocer la experiencia o discutirla, desde otros espacios asistenciales. Pensamos que también puede ser útil para aquellos que desde otras Áreas (Servicios Sociales, Justicia, etc.) han organizado pisos asistidos para otros colectivos (disminuidos psíquicos, menores, marginados, etc.).
- El Sympósium cuenta con el patrocinio de la Diputación de Barcelona, entidad que subvenciona los pisos asistidos con los que trabajamos los equipos de la coordinadora que organiza el Sympósium.
- *Para cualquier consulta se puede dirigir a la Secretaría del Sympósium.*

PROGRAMACIÓN PROVISIONAL

JUEVES 15 junio	8,30	Entrega de documentación.
	9	Inauguración y presentación del Sympósium.
	9,30 a 11,30	*Bloque A:* **Función Asistencial del piso asistido.** 3 ponencias de 40', 3 ponentes.
	11,30	Café.
	12 a 14	Discusión por grupos del Bloque A. 3 grupos, coordinados por ponentes.
	14 a 16	Comida.
	16 a 17	***Bloque C:* El personal asistencial.** 2 ponencias de 30', 2 ponentes.
	17,30 a 18,30	Discusión por grupos del Bloque C. 2 grupos, coordinados por 2 ponentes.
	18,30 a 19	Café.
	19 a 20	Informe sobre **Los pisos asistidos de la Red Asistencial Psiquiátrica de la Diputación de Barcelona.**
VIERNES 16 junio	9 a 11	*Bloque B:* **Preparación y vida en el piso asistido.** 3 ponencias de 40', 3 ponentes.
	11 a 11,30	Café.
	11,30 a 13,30	Discusión por grupos del Bloque B. 3 grupos, coordinados por 3 ponentes.
	14 a 16	Comida.
	16 a 17,30	Experiencia específica en pisos asistidos de otros colectivos.
	17,30 a 18	Café.
	18,30 a 20	Comunicaciones libres.
SÁBADO 17 junio	9,30 a 11	Conferencia Doctor Resnick, **Itinerarios psicóticos.**
	11 a 11,30	Café.
	11,30 a 13	Presentación y discusión de un caso.
	13 a 14	Presentación, conclusiones y clausura.

TRABAJOS PUBLICADOS DURANTE EL AÑO 1988

AGUILAR, FERNÁNDEZ, M.

Intervenciones psicológicas con ancianos institucionalizados
N.º 112; 2.º trimestre. Páginas 177-179.

BARENBLIT, V.

La psicoterapia psicoanalítica en el ámbito hospitalario
N.º 113; 3.er trimestre. Páginas 215-221.

BEDATE VILLAR, J. R.

Desintoxicación hospitalaria versus desintoxicación ambulatoria
N.º 114; 4.º trimestre. Páginas 303-307.

BERMÚDEZ SÁNCHEZ J. A.

Aproximación conceptual sobre el prejuicio y su etiopatogenia
N.º 111; 1.er trimestre. Páginas 81-85.

BERMÚDEZ SÁNCHEZ, J. A.

Prejuicio de la comunidad hacia la enfermedad mental
N.º 112; 2.º trimestre. Páginas 171-175.

BUQUERAS BACH, F. J.

Reflexiones en torno a la acogida del enfermo alcohólico y familia
N.º 111; 1.er trimestre. Páginas 75-79.

CANALS, M.; CLUSA, R.; JIMÉNEZ, E.; LILLO, J. L., y SÁNCHEZ, J.

Legislación y psiquiatría
N.º 111; 1.er trimestre. Páginas 87-91.

CARAVACA BUSTOS, A.; GARCÍA LÓPEZ, O.; PÉREZ DE AYALA, E., y ORTEGA BEVIA, F.

La temática familiar en la psicoterapia de grupo de esquizofrénicos. Frecuencia de intervención y evolución
N.º 113; 3.er trimestre. Páginas 257-266.

CODERCH, J.

Psicoterapia psicoanalítica
N.º 113; 3.er trimestre. Páginas 199-206.

EGUILLOR, MARICHU

La palabra del adolescente. Contenidos
N.º 112; 2.º trimestre. Páginas 129-140.

FRANCO VICARIO, J. M., y DUCOMMUN, C.

La terapia de familia contextual
N.º 112; 2.º trimestre. Páginas 141-154.

FREIXA, F.; ERRA, N.; MEDIAVILLA, B., y HERNÁNDEZ MUÑOZ, I.

Grupos de discusión terapéutica en drogodependencias
N.º 113; 3.er trimestre. Páginas 233-248.

GÓMEZ-ANGULO ALFÉREZ, L.; GUERRERO MONTÁVEZ, J. M.; GUERRERO TORRE, J.; GINER UBAGO, J., y GOBERNA ORTIZ, R.

Comportamiento del test de estimulación con T.R.H. según las diferentes definiciones de endogeneidad-melancolía
N.º 111; 1.er trimestre. Páginas 9-17.

GÓMEZ-FERIA PRIETO, I.

Clínica y evolución de la diskinesia tardía
N.º 114; 4.º trimestre. Páginas 329-336.

GUIMON, J.

Indicaciones de la psicoterapia analítica de grupo
N.º 113; 3.er trimestre. Páginas 223-231.

GUTIÉRREZ MALDONADO, J.

Análisis de la teoría de la alucinación de CASTILLA DEL PINO
N.º 112; 2.º trimestre. Páginas 155-162.

HERNÁNDEZ ESPINOSA, V

Psicoterapia focal y breve
N.º 113; 3.er trimestre. Páginas 207-214.

LAREO CUBEIRO, M.ª S.

Programa de rehabilitación para deficientes mentales dentro del hospital psiquiátrico
N.º 114; 4.º trimestre. Páginas 345-359.

LILLO ESPINOSA, J. L.

Sexualidad y esquizofrenia
N.º 111; 1.er trimestre. Páginas 31-41.

LILLO ESPINOSA, J. L.

Sueño y delirio
N.º 112; 2.º trimestre. Páginas 163-169.

LILLO ESPINOSA, J. L., y GONZÁLEZ ALIAGA, O.

Experiencia en la derivación de pacientes de la unidad terapéutica de hospitalización en un centro de día
N.º 114; 4.º trimestre. Páginas 309-321.

MANZANO CALLEJO, J. M.ª

Estudio comparativo de la agresividad en epilepsia del lóbulo temporal frente a epilepsia primaria generalizada
N.º 114; 4.º trimestre. Páginas 323-328.

MARTÍNEZ DE LA FUENTE, D.; PRIMO HERRERO, F., y CÍA VILLANUEVA, C.

Proyecto de investigación de la fundación terapéutica de las actividades ocupacionales en un hospital psiquiátrico
N.º 114; 4.º trimestre. Páginas 285-302.

NICOLÁS BELDA, R., y OLMO ANDREU, M.

Algunas ideas sobre lo psicológico en el hospital de día
N.º 112; 2.º trimestre. Páginas 181-186.

PRIMO HERRERO, F., y MARTÍNEZ DE LA FUENTE, C.

Estudio de las actitudes hacia la homosexualidad en un grupo de estudiantes de COU
N.º 111; 1.er trimestre. Páginas 43-74.

REGO, A.

Las psicoterapias comparadas
N.º 113; 3.er trimestre. Páginas 249-256.

RUIZ RUIZ, M.; LAFUENTE GIL, M.; MARTÍN ORTIZ, F., y MORALES ARANJUEZ, I.

Trastornos psicoendocrinológicos en las esquizofrenias
N.º 111; 1.er trimestre. Páginas 19-30.

RUIZ RUIZ, M.; SERRANO NOGUERA, V; RIUS DÍAZ, F.; MARTÍN ORTIZ, F., y MORALES ARANJUEZ, I.

Estudio de personalidad en una muestra de universitarios
N.º 114; 4.º trimestre. Páginas 281-284.

RUIZ RUIZ, M.; SERRANO PRIETO, F., y SERRANO NOGUERA, V.

Actitudes hacia la enfermedad mental de los familiares del enfermo esquizofrénico
N.º 112; 2.º trimestre. Páginas 117-127.

SAIZ RUIZ, J.

Estudio descriptivo de una institución para oligofrénicos severos. Necesidades de asistencia neuropsiquiátrica
N.º 114; 4.º trimestre. Páginas 337-343.

SÁNCHEZ DE VEGA, J.; SUNYER MARTÍN, M., y REGO, A.

Una evolución del ambiente en el pabellón de hombres del Centro Neuropsiquiátrico de Martorell
N.º 111; 1.er trimestre. Páginas 93-104.

VALLS BLANCO, J. M.ª; SÁNCHEZ VÁZQUEZ, V.; VILAGRÁN MORENO, J. M.ª; LUQUE LUQUE, R.; GAY PAMOS, E., y JIMÉNEZ CASADO, C.

Epistemología de la conducta
N.º 114; 4.º trimestre. Páginas 275-279.

Orfidal Wyeth es un tranquilizante-ansiolítico que estabiliza el estado psíquico, sin influenciar las actividades normales del individuo. Al suprimir o excluir los factores emocionales se eliminan las predisposiciones para las dolencias de base emotiva o psico-reactiva. Complementa de forma adecuada la terapéutica antidepresiva, y puede combinarse bien con medicamentos antidepresivos y otros psicofármacos. **COMPOSICION** Cada comprimido contiene: Lorazepam (D.C.I.), 1 mg. exc. c.s. **INDICACIONES** En general, todos los estados de ansiedad y tensión, asociados o no a trastornos funcionales u orgánicos. Fundamentalmente es un fármaco protector frente al «stress» psíquico, aconsejado, en los siguientes casos: ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO PSIQUICO: Inquietud, ansiedad, temor, nerviosismo, irritabilidad, etc. ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS: Causadas o influidas psíquicamente, tales como: alteraciones de la regulación autónoma, distimias, trastornos circulatorios y del tracto digestivo de origen nervioso, etc. ENFERMEDADES ORGANICAS: Relacionadas con el «stress» psíquico. TRASTORNOS DEL SUEÑO: Producidos por sobrecarga, fatiga, sobreexcitación o preocupaciones. **DOSIFICACION** 1/2-1 comprimido de 1 mg 2-3 veces al día. Esta dosis puede aumentarse de acuerdo con las necesidades del paciente y a criterio del facultativo. **MODO DE EMPLEO** Vía oral. **CONTRAINDICACIONES** Miastenia. Historial de dependencia de fármacos. **PRECAUCIONES** La utilización de todo tipo de tranquilizantes, aconseja prudencia en el ejercicio de actividades que exigen una constante atención (conducción en carretera, máquinas peligrosas, etc.). Como con todas las benzodiacepinas la interrupción brusca de un tratamiento prolongado puede producir un síndrome de abstinencia como el que produce el alcohol o los barbituratos. Debe intentarse limitar la duración de los períodos de tratamiento y emplearlo con precaución si hay antecedentes de abuso de medicamentos. Al igual que con otras benzodiacepinas se recomienda realizar, en los pacientes con tratamientos prolongados, contajes sanguíneos periódicos y pruebas del funcionalismo hepático. Es aconsejable no utilizar medicación alguna durante el primer trimestre del embarazo, salvo expresa indicación médica. Debe tenerse en cuenta, en el momento de comenzar el tratamiento, la posibilidad de embarazo en mujeres en edad de concebir. En caso de embarazo durante el tratamiento, debe consultarse con el médico. Debido a que muchos medicamentos se excretan por la leche, como norma general no se debe lactar mientras se está en tratamiento con benzodiacepinas. **INCOMPATIBILIDADES** No tomar al mismo tiempo que depresores centrales intensos. **INTERACCIONES** El alcohol aumenta el efecto de esta medicación, por lo que se recomienda evitar el consumo excesivo de bedidas alcohólicas. Todas las benzodiacepinas producen efectos depresores sobre el SNC si se administran conjuntamente con barbituratos o alcohol. **EFECTOS SECUNDARIOS** Normalmente se tolera bien. Al iniciarse la terapia o por una dosificación demasiado alta, puede aparecer entorpecimiento, mareo y somnolencia, cuyos síntomas desaparecen al proseguir el tratamiento, o si es necesario, al disminuir la dosis. Otros efectos secundarios que se han observado raramente son disminución de la fuerza muscular, ataxia y náuseas. **INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO** La intoxicación con benzodiacepinas es muy rara, dado el gran margen terapéutico de estas sustancias. Las manifestaciones de sobredosificación de lorazepam incluyen somnolencia, confusión o coma. El tratamiento incluye producción de vómitos o lavado gástrico, medidas generales de mantenimiento, respiración adecuada, monitorización de las constantes vitales y control adecuado del paciente. **PRESENTACION** Envases con 25 y 50 comprimidos. PVP IVA 219 283 ptas., respectivamente. Envase clínico con 500 comprimidos 2.228 ptas. (IVA).

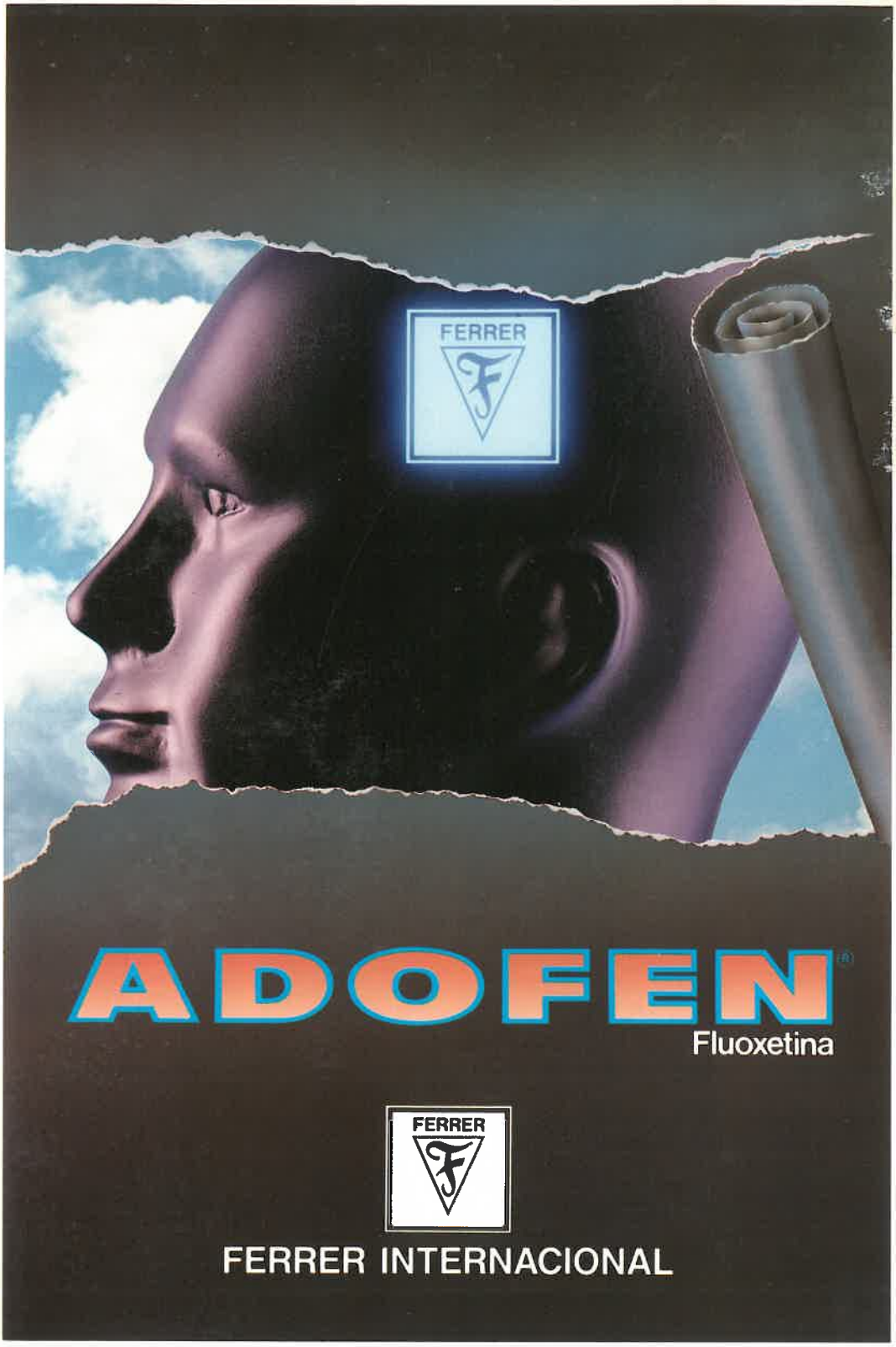
FICHA TECNICA

COMPOSICION: Adofen 20 mg: Cada cápsula contiene fluoxetina (clorhidrato) 20 mg, excipientes, c.s.
PROPIEDADES: El clorhidrato de fluoxetina es un antidepresivo para administración oral, químicamente distinto de los tricíclicos, tetracíclicos y otros antidepresivos actualmente disponibles. El mecanismo de acción de la fluoxetina parece fundamentarse en la inhibición selectiva de la recaptación de la serotonina. Estudios en humanos con dosis clínicamente significativas han demostrado que la fluoxetina bloquea la recaptación de serotonina, pero no la de norepinefrina, en las plaquetas humanas. En humanos, la fluoxetina se absorbe bien tras su administración oral. Las máximas concentraciones plasmáticas consiguen a las 6 horas aproximadamente de la dosis inicial. La presencia de alimentos causa una ligera demora en la velocidad de absorción pero no afecta la cantidad absorbida. La fluoxetina puede ser administrada con o sin alimentos. Aproximadamente el 94% de la fluoxetina se une in vitro a las proteínas séricas plasmáticas. Fluoxetina es fundamentalmente metabolizada en el hígado a norfluoxetina y a otros metabolitos no identificados. En modelos animales norfluoxetina es un potente y selectivo bloqueador de la recaptación de la serotonina, equivalente a la fluoxetina. La relativamente lenta eliminación de la fluoxetina (vida media de eliminación de 2 a 3 días) y de su metabolito activo norfluoxetina (vida media de eliminación de 7 a 9 días), produce una acumulación significativa de estas sustancias con la administración crónica. La vida media larga de eliminación de fluoxetina y norfluoxetina produce, incluso cuando se ha interrumpido su administración, la persistencia de sustancias activas del fármaco en el organismo durante semanas. Esto debe ser tenido en cuenta cuando se requiera suspender el tratamiento. Cuando se administraron dosis únicas de fluoxetina a ancianos sanos, los perfiles farmacocinéticos del fármaco no fueron significativamente diferentes de los que se observaron en jóvenes. La administración de dosis únicas de fluoxetina a individuos con diversos grados de insuficiencia renal demostró una distribución de fluoxetina y norfluoxetina (metabolito activo) similar en los pacientes con función renal normal, moderada o severamente disminuida o sin función renal. Sin embargo, la administración continuada en pacientes con alteración renal podría ocasionar la acumulación de fluoxetina o sus metabolitos. La insuficiencia hepática secundaria a cirrosis prolonga la vida media de fluoxetina. En estos casos debe considerarse una reducción de la dosis o una administración menos frecuente (ver Posología).
INDICACIONES: Adofen está indicado en el tratamiento de la depresión y su ansiedad asociada (según la definición del DSM III, ICD-9 y RDC). La eficacia de fluoxetina en tratamientos a largo plazo, esto es, durante más de cinco a seis semanas, no ha sido sistemáticamente evaluada en ensayos clínicos controlados. Por este motivo, el médico que decida utilizar fluoxetina durante largos períodos (más de seis semanas) evaluará periódicamente la efectividad de la terapia para cada paciente individual.
POSOLOGIA: Tratamiento inicial: la dosis habitual es de 20 mg. al día, administrados por la mañana. La mayoría de los pacientes no necesitarán una dosis superior a 20 mg/día. Se debe considerar un incremento de la dosis si después de varias semanas de tratamiento no se observa mejoría clínica. Posologías superiores a 20 mg/día deberán administrarse en dos dosis (mañana y noche) y la dosis máxima no debe exceder los 80 mg/día.
Como sucede con otros antidepresivos, para que se alcance el efecto antidepresivo total, puede necesitarse un tiempo de 4 o más semanas de tratamiento. En pacientes con insuficiencia renal o hepática, la dosis deberá reducirse o ser administrada menos frecuentemente. Igualmente, debe considerarse esta recomendación de dosis para pacientes ancianos con enfermedades o medicación simultáneas. **Mantenimiento de la terapia:** Se acepta generalmente que los episodios agudos de depresión necesitan varios meses de farmacoterapia. No se conoce si la dosis utilizada para inducir la remisión es idéntica a la que se necesita para mantener la eutimia.
CONTRAINDICACIONES: No se han descrito.
ADVERTENCIAS: Los datos sobre el uso combinado de fluoxetina e inhibidores de la monoaminooxidasa son limitados. Su utilización combinada debe ser evitada. En base a la experiencia del uso combinado de inhibidores de la M.A.O. y tricíclicos debe existir un mínimo de 14 días entre la discontinuación de un inhibidor de la M.A.O. y el comienzo del tratamiento con fluoxetina. Debido a la larga vida media de fluoxetina y su metabolito activo, debe existir un mínimo de 5 semanas (aproximadamente 5 veces la vida media de norfluoxetina) entre la discontinuación de fluoxetina y el comienzo del tratamiento con inhibidores de la M.A.O. La administración de un inhibidor de la M.A.O. dentro de las 5 semanas de la discontinuación de fluoxetina puede aumentar el riesgo de un efecto grave. Aunque no se ha establecido una relación causal con la fluoxetina, se han comunicado casos fatales tras la iniciación de un tratamiento con inhibidores de la M.A.O. al poco tiempo de discontinuar la fluoxetina. Durante los ensayos clínicos con fluoxetina se han presentado rash y/o urticaria en aproximadamente el 4% de los pacientes. Alrededor de un tercio de esos pacientes suspendieron el tratamiento debido al rash y/o a los síntomas y signos sistémicos asociados. Los hallazgos clínicos asociados con el rash incluyeron fiebre, leucocitosis, artralgias, edema, síndrome del túnel carpiano, distrees respiratorio, linfadenopatía, proteinuria y ligera elevación de las transaminasas. La mayoría de los pacientes mejoró rápidamente tras suspender el tratamiento con fluoxetina y/o con el tratamiento con antihistamínicos o esteroides. Todos los pacientes que refirieron tales alteraciones se recuperaron completamente. Aunque dos tercios de los pacientes que presentaron rash continuaron el tratamiento con fluoxetina sin ninguna consecuencia, el médico deberá suspender la administración de Adofen cuando aparezca rash.
PRECAUCIONES: En el 10-15% de los pacientes tratados con Adofen aparecieron ansiedad, nerviosismo e insomnio. Estos síntomas provocaron la discontinuación del tratamiento en el 5% de los casos. Como resultado no deseable del tratamiento con Adofen puede producirse una disminución significativa de peso, especialmente en los pacientes deprimidos de bajo peso. En ensayos clínicos controlados, aproximadamente un 9% de los pacientes tratados con Adofen presentaron anorexia. Sólo raramente se discontinuó el tratamiento con Adofen debido a la pérdida de peso. Debido a las prolongadas vidas medias, tanto de fluoxetina como de su principal metabolito, los cambios en las dosis no se reflejan en su totalidad en las concentraciones plasmáticas hasta varias semanas después, hecho que afecta las estrategias de escalado para obtener la dosis final y a la suspensión del tratamiento (ver propiedades e interacciones). Hipomanía o manía se presentó en aproximadamente un 1% de los pacientes incluidos en ensayos clínicos tratados con fluoxetina. La posibilidad de intento de suicidio es inherente a la depresión y puede persistir hasta que se produzca una remisión significativa. Al inicio del tratamiento deberá realizarse una estrecha supervisión de los pacientes de alto riesgo. Precaución en pacientes con historia de convulsiones y en aquellos con enfermedades o situaciones que afecten las respuestas hemodinámicas o metabólicas. La fluoxetina no ha sido evaluada o utilizada en grandes poblaciones de pacientes con historia reciente de infarto de miocardio o enfermedad cardíaca inestable. Sin embargo, los electrocardiogramas de 753 pacientes incluidos en ensayos clínicos evaluados retrospectivamente no presentaron trastornos de la conducción que produjeran bloqueo cardíaco. La frecuencia cardíaca se redujo aproximadamente tres latidos/Minuto. La administración continuada en pacientes con alteración renal puede dar lugar a la acumulación de fluoxetina o sus metabolitos.
En pacientes con cirrosis hepática debe emplearse una dosis más baja o menos frecuente. En caso de que el paciente requiera realizar tareas potencialmente peligrosas (conducir automóviles, manejar maquinaria pesada, etc.) debe ser prevenido de que toda medicación psicoactiva puede alterar el juicio, pensamiento o actividades motoras. No existe evidencia de carcinogenicidad, mutagenicidad ni alteraciones de la fertilidad en las pruebas toxicológicas realizadas con Adofen.
Uso en el embarazo: No está demostrada la inocuidad de la fluoxetina durante el embarazo. Este medicamento deberá ser utilizado en las pacientes embarazadas sólo si es claramente necesario. **Uso durante la lactancia:** No se sabe si este medicamento se excreta por la leche humana. Se deberá tener precaución cuando se administre a mujeres durante la lactancia.
Uso en pediatría: La inocuidad y eficacia de fluoxetina en niños no ha sido establecida. **Uso en ancianos:** No ha sido evaluado sistemáticamente en pacientes ancianos. En pacientes ancianos tratados no se han detectado diferencias relacionadas con la edad. Aun así, no existe información suficiente para descartar efectos relacionados con la edad durante tratamientos prolongados, particularmente en pacientes ancianos con enfermedades sistémicas o medicaciones simultáneas.
INTERACCIONES: Inhibidores de la monoaminooxidasa: Ver Advertencias. En algunos pacientes puede prolongarse la vida media del diazepam cuando se administra con fluoxetina. El riesgo de utilizar Adofen con otros fármacos psicoactivos no ha sido sistemáticamente evaluado, por tanto, se recomienda tener precaución si se requiere la utilización concomitante de Adofen con dichos fármacos. Cinco pacientes que recibieron fluoxetina en combinación con triptófano presentaron reacciones adversas tales como: agitación, inquietud y trastornos gastrointestinales. Puesto que fluoxetina se une estrechamente a las proteínas plasmáticas, la administración de Adofen a pacientes que utilizan otro fármaco, que también se una de forma importante a dichas proteínas (digitoxina, por ejemplo), puede causar el desplazamiento en la concentración plasmática de uno u otro fármaco. Deberá evitarse la administración concurrente de fluoxetina en tratamientos con electroshock, por no existir experiencia en este área.
EFECTOS SECUNDARIOS: Los efectos secundarios más comúnmente observados con el uso de Adofen y sin una incidencia equivalente en los pacientes tratados con placebo fueron: ansiedad, nerviosismo e insomnio; somnolencia y fatiga o astenia; tremor; sudoración; anorexia, náuseas y diarrea, y mareo o vértigo. En los ensayos clínicos un 15% de aproximadamente 4.000 pacientes discontinuaron el tratamiento debido a efectos secundarios, siendo los más comunes: psiquiátricos (5,3%), principalmente nerviosismo, ansiedad e insomnio; digestivos (3%), principalmente náuseas; sistema nervioso (1,6%), principalmente mareo; generales (1,5%), principalmente astenia y cefalea, y piel (1,4%), principalmente rash y prurito. En la tabla adjunta se describen los efectos secundarios que aparecen con una frecuencia igual o mayor del 1%, comparando los pacientes incluidos en los ensayos clínicos con Adofen o placebo. Estas cifras no deben ser utilizadas para predecir la incidencia de efectos secundarios en el curso de la práctica médica habitual. Sin embargo, establecen las bases para estimar la contribución relativa de los factores relacionados y no relacionados con el fármaco, en la incidencia de los efectos secundarios en la población estudiada.
INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO: De los 38 informes de sobredosis aguda con fluoxetina, ya sea sola o en combinación con otros fármacos y/o alcohol, se han comunicado los siguientes síntomas cuando la sobredosis involucraba altas dosis de fluoxetina: náuseas, vómitos, agitación, inquietud, hipomanía y otros signos de excitación del sistema nervioso central (convulsiones en un caso). La fluoxetina y su metabolito, la norfluoxetina, tienen vidas medias prolongadas, por lo que los pacientes que presenten signos de sobredosificación pueden precisar cuidados de mantenimiento durante varios días.
Tratamiento: El empleo del carbón activado, que puede ser usado con sorbitol, puede ser tan efectivo o más que la emesis o el lavado gástrico, y debería ser considerado en el tratamiento de la sobredosis. Las convulsiones que no remitan espontáneamente pueden responder a diazepam. No existe antídoto específico para Adofen. Debido al gran volumen de distribución de fluoxetina, no parece ser beneficioso forzar la diuresis, diálisis, hemoperfusión o transfusión sanguínea. Junto con medidas sintomáticas generales se recomienda establecer y mantener la vía aérea para asegurar la adecuada oxigenación y ventilación y monitorizar los signos vitales y cardíacos.
PRESENTACION: Adofen 20 mg. Envase con 14 cápsulas. Código nacional nº 983379. P.V.P. 2.610 ptas. P.V.P. (IVA) 2.767 ptas. El envase contiene un prospecto dirigido al paciente.
Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños.
Con receta médica.
Especialidad catalogada por la seguridad social de aportación especial reducida por parte del beneficiario (cicero) 50 ptas. por receta.

Porcentaje de pacientes que informaron de efectos secundarios

	Fluoxetina (n=1730)	Placebo (n=799)
Sistema nervioso		
Cefalea	20,3	15,5
Nerviosismo	14,9	8,5
Insomnio	13,8	7,1
Somnolencia	11,6	6,3
Ansiedad	9,4	5,5
Temor	7,9	2,4
Mareo	5,7	3,3
Fatiga	4,2	1,1
Sedación	1,9	1,3
Parestesias	1,7	2,0
Disminución de la libido	1,6	*
Vértigo	1,6	*
Disminución capacidad concentración	1,5	*
Aparato Digestivo		
Náusea	21,1	10,1
Diarrea	12,3	7,0
Sequedad de boca	9,5	6,0
Anorexia	8,7	1,5
Dispepsia	6,4	4,3
Estreñimiento	4,5	3,3
Dolor abdominal	3,4	2,9
Vómitos	2,4	1,3
Cambio de gusto	1,8	
Flatulencia	1,6	1,1
Gastroenteritis	1,0	1,4
Piel y anexos		
Sudoración excesiva	8,4	3,8
Rash	2,7	1,8
Prurito	2,4	1,4
Generales		
Astenia	4,4	1,9
Infección viral	3,4	3,1
Dolor miembros	1,6	1,1
Fiebre	1,4	*
Dolor torácico	1,3	1,1
Alergia	1,2	1,1
Influenza	1,2	1,5
Respiratorios		
Tracto superior infección	7,6	6,0
Síndrome «flu-like»	2,8	1,9
Faringitis	2,7	1,3
Congestión nasal	2,6	2,3
Dolor de cabeza, sinus	2,3	1,8
Sinusitis	2,1	2,0
Tos	1,6	1,6
Disnea	1,4	*
Cardiovascular		
Rubefacción	1,8	1,0
Palpitaciones	1,3	1,4
Musculoesquelético		
Dorsalgia	2,0	2,4
Artralgia	1,2	1,1
Mialgias	1,2	1,0
Urogenital		
Menstruación dolorosa	1,9	1,4
Disfunción sexual	1,9	*
Micción frecuente	1,6	*
Infección tracto urinario	1,2	*
Organos de los sentidos		
Trastornos visuales	2,8	1,8

* Incidencia menor del 1%.


FERRER
ADOFEN®
Fluoxetina
FERRER
FERRER INTERNACIONAL

SEVRIUM

(Tetrabamato)

• Desintoxicación alcohólica

Desde la cura ambulatoria al tratamiento hospitalario del síndrome de deprivación

• Reducción de la apetencia

Mejora la perseverancia del paciente en el período de deshabituación

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. Agresividad. 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 hemodiálisis. 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. i.i.
Registrado en la D.G.F.M. con el nº 55.088.

LV Laboratorios Viñas sa

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