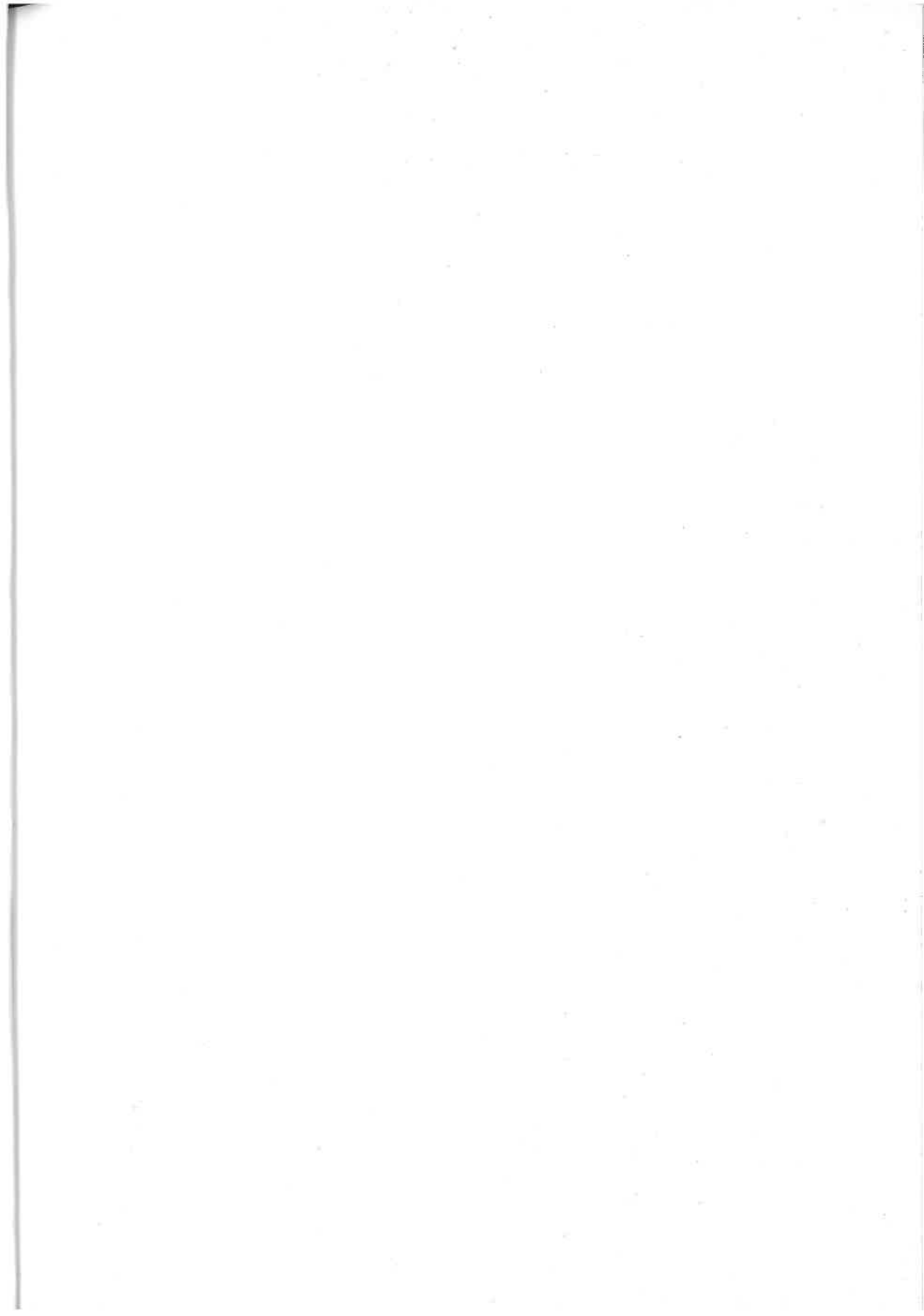


Psicodrama y diversidad cultural

XIX Reunión Nacional de la AEP
(Asociación Española de Psicodrama)









**Psicodrama
y diversidad cultural**



Edita

Asociación Española de Psicodrama (A.E.P.)
1ª edición, Salamanca, junio de 2004.

ISBN

84-60917-01-0

Depósito Legal

S. 919-2004

Maquetación y diseño

© de magia y alonso, Isabel Fernández Alonso

Imprime

Gráficas Varona, S.A.

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

y **Psicodrama** **diversidad cultural**

XIX Reunión Nacional de la AEP
(Asociación Española de Psicodrama)

Curso extraordinario

Salamanca
14, 15 y 16 de Noviembre de 2003



Comité de honor

Exmo. Sr. D. Juan Vicente Herrera Campo
Presidente de la Junta de Castilla y León

Exmo. Sr. D. Enrique Battaner Arias
Rector Magnífico de la Universidad de Salamanca

Exmo. Sr. D. Cesar Antón Beltrán
Consejero de Sanidad

Sr. D. Antonio Pintado Calvo
Presidente de la AEP

Sr. D. Pablo Población Knappe y Sra. Dña. Ann Ancelin Schützenberger
Socios de Honor de la AEP

Ilmo. Sr. D. Eduardo Montes Velasco
Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Psicólogos de Castilla y León

Comité organizador

Natacha Navarro Roldán

Esperanza Fernández Carballeda

José Antonio Espina Barrio

Dirección académica del curso extraordinario

Angel Espina Barrio

Coordinación científica

Ana Imaña Martínez

Coordinación de la organización

Ana M^a Fernández Espinosa

Organiza

Asociación Española de Psicodrama (AEP)

<http://www.aepsicodrama.com>

Patrocina y colabora

Universidad de Salamanca, Cursos Extraordinarios y Formación Continuada

Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León

Caja Duero

Colegio Oficial de Médicos de Salamanca

Colegio Oficial de Enfermería de Salamanca

Colegio Oficial de Trabajo Social de Salamanca

Contenido

| | |
|---|----|
| Presentación del libro. Ana M ^o Fernández Espinosa | 11 |
| Presentación de la ponencia. Ana Imaña Martínez | 13 |
| Presentaciones de la Mesa Inaugural | |
| José Antonio Cieza García | 15 |
| Ángel Espina Barrio | 16 |
| Pablo Población Knappe | 17 |
| Antonio Pintado Calvo | 17 |

PARTE I “Psicodrama y diversidad cultural”

| | |
|---|----|
| 1. Programa de la reunión | 21 |
| 2. Conferencia inaugural: “Violencia y paz. El drama y la esperanza entre dentro de las culturas”. Jorge Burmeister | 25 |
| 3. Conferencia plenaria: “Transmisión transgeneracional del trauma”. Anne Ancelin Schützenberger | 29 |
| 4. Comunicaciones a las mesas | |
| 4.1 “Psicodrama: Puente entre culturas” Modera: Marisol Filgueira Bouza. | |
| 4.1.0 Introducción. Marisol Filgueira Bouza | 31 |
| 4.1.1 “La emigración: del retorno a la impostura”. José Antonio Espina Barrio | 32 |
| 4.1.2 “Mujeres inmigrantes y Psicodrama: El grupo como lugar de encuentro” Ana M ^o Fernández Espinosa. | 40 |
| 4.1.3 “Conflictos en la inmigración”. Fernando Domínguez Inchaurredo | 45 |
| 4.1.4 “Diversidad cultural y vínculos paternofiliales: la adopción internacional”. M ^o Ángeles Márquez Navarro | 49 |
| 4.2 “Aplicaciones del Psicodrama en diversos contextos”. Modera: Ana Imaña Martínez | |
| 4.2.1 “Psicodrama y educación sexual”. Marisalva Favero Fernández | 54 |
| 4.2.2 “El Psicodrama como método de evaluación de la simulación en el ámbito forense”. Laura C. Sánchez Sánchez, Rocío Urán Martínez y Ana B. Martínez García | 57 |
| 4.2.3 “Conteniendo en diversos contextos: con contrato y sin contrato”. Natacha Navarro Roldán | 63 |

| | |
|--|-----|
| 4.3 “Aplicaciones del Psicodrama: Intervención psicoterapéutica” | |
| Moderador: Teodoro Herranz Castillo | |
| 4.3.1 “Trastornos de personalidad: La vinculación tipo “espejo” y “doble”. | |
| Pablo Álvarez Valcarce | 66 |
| 4.3.2 “Charcot redivivo en la investigación psiquiátrica”. Marino Pérez Alvarez | 70 |
| 4.3.3 “Uso de técnicas psicodramáticas en terapia sexual, con pacientes con problemas de identidad y orientación sexual en el Hospital General de Montreal”. | |
| Miguel David Guevara Espinar y Esperanza Fernández Carballada | 76 |
| 4.3.4 “Teoría dramatúrgica de la hipnosis”. Adolfo Cangas, Marino Pérez Alvarez y Jose Manuel García | 81 |
| 4.3.5 “La vivencia del paciente con enfermedad oncológica”. Fabiola Cortés Funes | 85 |
| 4.4 “La agresividad en las psicoterapias” Moderador: Esperanza Fernández Carballada | |
| 4.4.1 “La agresividad en las psicoterapias. Un apunte explicativo”. | |
| Teodoro Herranz Castillo | 88 |
| 4.4.2 “Familia y agresividad: La autoridad en dos familias disfuncionales”. | |
| Ramón Oria de Rueda Elorriaga y Jose M ^a Ferro Llaryora | 91 |
| 4.4.3 “Intervenciones psicodramáticas con pacientes psiquiátricos. Cómo dinamizar sin agredir”. | |
| Julia Riego Narbón | 96 |
| 4.4.4 “La agresividad en los trastornos Borderline: Patología borderline. “Te odio, por favor, quíereme” | |
| Silvia Monzón Reviejo, Maria Jiménez y M ^a Consuelo Viamonte Andrés | 99 |
| 4.4.5 “Semántica de la conducta suicida” Caín Girol Vizcay, Teodoro Herranz | 104 |
| 4.4.6 “La otra mirada de la agresividad: Una aproximación a la psicósomática”. | |
| Vega Candelas García y Emilia Villalba García-Cuevas | 108 |
| 4.5 “Reflexiones en torno a la experiencia psicodramática”. Moderador: J. A. Espina Barrio | |
| 4.5.1 “Conciencia emocional y Psicodrama. Las funciones del Psicodrama y su relación con las funciones de la conciencia humana”. Ernesto Fonseca Fábregas | 111 |
| 4.5.2 “ En clave de amor”. Pilar Arconada Rodríguez y Ana Fernández Espinosa | 119 |
| 4.5.3 “De lo racional a lo emocional: una experiencia psicodramática”. Macarena Marín Olalla, Manolo Jover Martínez, Bernardo Pérez Ramírez, José Gabriel Calcedo Giraldo, José Manuel Herrero Marfil, M ^a del Carmen Maestro Hernández | 123 |
| 4.5.4 “Psicodrama y proyecto vital” M ^a Ángeles Egido Aguilera | 127 |
| 4.6 “Intervención Psicodramática con niños y adolescentes” | |
| Moderador: Natacha Navarro Roldán | |
| 4.6.1 “Psicodrama con niños en situación de riesgo social”. Luis Miguel Ayuso Escuer, Marta Parra González y M ^a Carmen Sobrino Martínez | 131 |
| 4.6.2 “Una experiencia de psicodrama con niños/as en período de latencia”. | |
| Idoia Aguirre y Jone Usabiaga | 134 |
| 4.6.3 “El juego dramático y la diversidad en la escuela. Experiencias”. | |
| Eva Guillén Guillén | 138 |
| 4.6.4 “ Psicodrama en la escuela: a la búsqueda del dream team”. | |
| Montserrat Lacima Riba | 145 |
| 4.7 “Encuentro entre formadores en Psicodrama y/o Psicoterapia de grupo” | |
| Moderador: Roberto de Inocencio Biangel | 150 |
| 4.7.1 “La formación universitaria en psicoterapia: situación y perspectivas futuras en el marco del espacio europeo de enseñanza superior”. Contribución de Adolfo J. Cangas Díaz y Jesús Gil Roales-Nieto | 150 |
| 4.8 “Aplicaciones del Psicodrama: Intervención psicoterapéutica” | |
| Moderador: Gracia Sáez Bustos | |
| 4.8.1 “Diversidad cultural. Crisis y Hospitalización. Papel de las técnicas activas”. | |
| José Manuel Martínez Rodríguez | 154 |

| | |
|--|-----|
| 4.8.2 “La terapia como puente entre lo conocido y lo extraño”. Claire Jasinsky | 158 |
| 4.8.3 “Psicoterapia Psicodramática de una niña con estrés postraumático crónico con síntomas psicóticos”. Sandra Campos, Pablo Alvarez Valcarce y Carmen Sobrino | 160 |
| 4.8.4 “Cuentos y Psicoterapia”. Gregorio Armañanzas Ros | 165 |

5. Talleres

| | |
|---|-----|
| 5.1 Taller inaugural: “Trabajar con la cultura es trabajar con la identidad. El trabajo intercultural con grupos”. Jorge Burmeister | 167 |
| 5.2 “Taller de introducción al Psicodrama”. Déspina Xanthopoulou | 168 |
| 5.3 “Ser valioso y autovalorarse” Taller vivencial de autoestima. M ^a Eugenia Martínez de la Puente y Juan Carlos DiPane | 169 |
| 5.4 “Psicodrama y escenas literarias”. Francisco Delgado | 174 |
| 5.5 “¿Cómo influye mi cultura al dirigir grupos de psicodrama?”. Pablo Álvarez Valcarce | 175 |
| 5.6 “No digas que fue un sueño”. Fernando Domínguez Inchaurredo | 175 |
| 5.7 Presentación del vídeo de Marco Maida: “Jacob Levy Moreno: su vida e sus musas”. José Antonio Espina Barrio | 176 |
| 5.8 “El descubrimiento de la sexualidad en el teatro de la vida”. Marisalva Favero Fernández y Esperanza Fernández Carballada | 177 |
| 5.9 “Test proyectivo psicodramático”. Ernesto Fonseca Fábregas | 178 |
| 5.10 “Psicodrama simbólico y cuentos de madurez: Ayudando a completar el proceso de individualización”. Irene Henche Zabala | 179 |
| 5.11 “Se eu fosse Nicolás Cage...Psicodrama e luto do nao vivido”. Margarida Couto y Fernando Vieira | 182 |
| 5.12 Acoso: “Entre vampiros y perversos: una seducción amarga”. Manuel Castro Soto y Mónica Couso Fuentes | 183 |
| 5.13 “El manejo de la agresividad en el Psicodrama”. José M ^a Ferro Llaryora y Col. | 185 |
| 5.14 “Familias interculturales”. M ^a Angeles Egido | 185 |
| 5.15 “Trabajo con el psicoterapeuta: De los miedos al encuentro”. Fabiola Cortés Funes, Lidia Abián, Carmen Rubiños y Almudena Narváez | 187 |
| 5.16 “ Músicoterapia ante el reto intercultural”. Vanessa Vannay Allasia y Almudena González | 190 |
| 6. Clausura grupal desde el público. Antonio Pintado Calvo. | 191 |

7. Pósters / Fotografías / Poema

| | |
|--|-----|
| 7.1 Antecedentes y situación actual de la Delegación en Galicia del Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama (I.T.G.P.-Galicia) Castro Dono, C., Filgueira Bouza, M.S., Ferrer i Balsebre, L. y González Vázquez, A.I. | 195 |
| 7.2 I.T.G.P. (Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama) de Madrid Pablo Población Knappe, Fabiola Cortés-Funes Urquijo y Elisa López Barberá | 202 |
| 7.3 Grupo de estudios de Psicodrama de Madrid. Pablo Álvarez Valcarce | 206 |
| 7.4 “Prevención de la violencia en la escuela”. Juan Carlos Di Pane y María Eugenia Martínez de la Puente | 211 |
| 7.5 “Contextos culturales desde el ciclo vital familiar: una perspectiva desde España” Fabiola Cortés Funes, Alicia Moreno y cols. | 213 |
| 7.6 “Historias de Chapapote” Pascuala Campos, Rosa Conca, Julio Carmona, Anne Hair y Antolina Fernández | 218 |
| 7.7 “Aplicación del Psicodrama a dinámicas grupales en organizaciones”. Carlos Herreros de las Cuevas | 219 |
| 7.8 “Presencia del cuerpo”. Fotografías de Jordi Botella de Maglia | 220 |
| 7.9 Poema leído en el “Paseo Músico-Poético” | 222 |

PARTE II Introducción a la Historia de la AEP

| | |
|--|-----|
| 1. Nuestra historia desde 1984 a 2003. Marisol Filgueira Bouza | 225 |
| 2. Archivo gráfico. Marisol Filgueira Bouza | 231 |
| 3. Relación de formadores. Marisol Filgueira Bouza | 236 |

PARTE III Comunicaciones de otras reuniones de la AEP

| | |
|---|-----|
| 1. Presentación. Marisol Filgueira Bouza | 243 |
| 2. Memoria. II Reunión Nacional de la AEP. Santander, 11 y 12 de octubre de 1985. | 248 |
| 3. "La inhibición de la agresión en pacientes de alopecia". José María López Sánchez y Juan Piñero León y Matilde Martínez Lao. II Reunión Nacional de la AEP. Santander, 11 y 12 de octubre de 1985. | 250 |
| 4. "El difícil arte de mirarse". José Antonio Espina Barrio VI Reunión Nacional de la AEP. Santiago de Compostela, 7 y 8 de Abril de 1990 | 253 |
| 5. "Siluetas". Rosa Rey Pousada VII Reunión Nacional de la AEP. Santillana del Mar, Junio de 1991 | 257 |
| 6. "Psicodrama de pareja y familia". Pablo Población Knappé X Reunión Nacional de la AEP. Archena, 29 de mayo al 1 de abril de 1994 | 260 |
| 7. "La vida celestial o como afrontar las pérdidas de la vejez". Jose A. Espina Barrio y Javier Arbeloa XVII Reunión Nacional de la AEP. Granada, 28 al 30 de septiembre de 2001 | 268 |
| 8. "¿Qué ocurre en las familias tras un diagnóstico de esquizofrenia?". Pablo Jesús Gijón Herrera XVII Reunión Nacional de la AEP. Granada, 28 al 30 de septiembre de 2001 | 271 |
| 9. "Psicodrama con enfermos psicóticos". Pablo Álvarez Valcarce y Montse García XVII Reunión Nacional de la AEP. Granada, 28 al 30 de septiembre de 2001 | 277 |
| 10. "Acompañamiento psicodramático de las crisis como proceso terapéutico en los pacientes psicóticos". Pablo Álvarez Valcarce XVII Reunión Nacional de la AEP. Granada, 28 al 30 de septiembre de 2001 | 278 |
| 11. "El poder en el terapeuta". Pablo Población Kanappe XVII Reunión Nacional de la AEP. Granada, 28 al 30 de septiembre de 2001 | 280 |
| 12. "La incertidumbre del terapeuta ante las situaciones de crisis de la familia y pareja". Elisa López Barberá XVII Reunión Nacional de la AEP. Granada, 28 al 30 de septiembre de 2001 | 289 |
| 13. "Psicodrama en las crisis y las crisis del psicodrama". Ernesto Fonseca-Fábregas XVII Reunión Nacional de la AEP. Granada, 28 al 30 de septiembre de 2001 | 292 |
| 14. "La crisis de las aventuras en las relaciones de pareja". José Díaz Morfa. XVII Reunión Nacional de la AEP. Granada, 28 al 30 de septiembre de 2001 | 294 |

Presentación del libro

Ana M^a Fernández Espinosa
Coordinadora de la XIX Reunión

Transcurrida ya la 19 reunión de la AEP, "Psicodrama y diversidad cultural", que se celebró en Salamanca durante los días 14, 15 y 16 de noviembre de 2003, presentamos este libro que recoge las aportaciones que hemos podido reunir y que responden a comunicaciones, talleres o posters que formaron parte del programa.

El libro se estructura de la siguiente forma:

- Presentaciones.
- Parte I "Psicodrama y diversidad cultural"
 Programa
 Conferencia inaugural
 Conferencia plenaria
 Comunicaciones a las mesas
 Resúmenes de los talleres.
 Clausura grupal
 Pósters y fotografías
- Parte II. Historia de la AEP
- Parte III. Recopilación de comunicaciones de anteriores reuniones.

Queremos contribuir en la recogida de comunicaciones de anteriores reuniones, que no se publicaron, así como en la tarea de reconstrucción de nuestra historia como Asociación, aspectos que se incluyen en las partes II y III.

Creemos que esta publicación refleja la viveza de este encuentro, en el que hubo mucha participación en distintas formas, y recoge la diversidad de aplicaciones y puntos de vista, elemento indispensable y que contribuyó a su riqueza.

Contamos con el soporte que nos brindó la Universidad de Salamanca, a partir de la consideración de curso extraordinario que tuvo esta reunión.

Las personas que formamos parte del Comité Organizador nos aplicamos con entusiasmo en la tarea de canalizar toda la energía que nos llegaba de los socios, que resultó arrolladora...

Participamos aproximadamente 270 personas, hubo 34 comunicaciones, 17 talleres, 6 posters. Contamos con ponentes como Anne Anceline Schützenberger y Jorge Burmeister.

Tuvimos la suerte de trabajar junto a personas como Eugenia, Juan Carlos, Mila, Ana González, Ana Arroyo, Carolina, Eva y Guti, que se entregaron en la ayuda que necesitamos durante la reunión, y que se dejaron envolver también por la magia del Psicodrama.

Y lo mejor de todo fue... fuísteis vosotros, al participar y compartir el mismo espacio, a partir del Psicodrama como motor, con la actitud de escuchar, y de aprender de lo mostrado.

En nombre de todas y todos los que nos hicimos cargo de la organización, gracias por habernos dado la oportunidad de jugar este papel, que nos permitió aprender y también recoger momentos muy entrañables.

Presentación de la Ponencia

Ana Imaña Martínez

Coordinadora de la Ponencia en la XIX Reunión

Nuestra sociedad presenta una creciente heterogeneidad cultural. Donde quiera que estemos, todos somos parte de un mundo en el que casi han desaparecido las fronteras. La inmigración y la consiguiente confrontación entre culturas diversas es uno de los tópicos centrales en el siglo XXI. Un reto que se plantea en este siglo es la resolución constructiva de los choques interculturales..

Los seres humanos, hemos desarrollado múltiples posibilidades a la hora de vivir y relacionarnos. Las culturas humanas, diversas y variables, expresan la forma en que interpretamos el mundo que nos ha tocado vivir, a la luz de lo que nuestra sociedad nos ha transmitido desde la infancia, ya que estamos condicionados, tanto por nuestras propias experiencias, como por las expectativas de nuestro grupo sobre nosotros.

En todos los grupos humanos existe una tendencia a afianzar las maneras de percibir, sentir o actuar, que se comparten y se consideran propias. El grupo refuerza su identidad y se asegura frente a lo ajeno y lo diferente, reproduciendo los modelos que preservan sus intereses.

A la vez que cada cultura interpreta y resuelve la existencia de sus miembros, interpreta también las formas de vida de otras culturas. De esa forma, surgen los prejuicios, ideas demasiado abstractas, generales, y, a veces, erróneas, sobre "los otros". Muchas veces, se encierra a la cultura distinta en modelos impuestos, que además, no reflejan la capacidad de apertura de sus miembros. Porque las culturas se relacionan a través de las personas que la integran, individuos que

desarrollan su actividad cotidiana y sus relaciones en el marco de un territorio concreto, en el que entran en contacto con otras personas con las que establecen vínculos sociales. Las relaciones interculturales se establecen, de esta forma, entre individuos que, no necesariamente, deben cumplir con las expectativas que les marcan los valores dominantes en su cultura de origen.

La diversidad cultural es un concepto que nos introduce en un universo dinámico de las relaciones humanas, reconociendo la existencia de conflictos de derechos, valores e intereses. Lo deseable es aceptar la diversidad, favoreciendo la aceptación mutua y construyendo entre todos un nuevo marco de relaciones donde todas las manifestaciones culturales sean legítimas y respetadas. Lejos de imponer valores, creencias o estilos de vida, se trata de descubrir y promocionar la potencialidades más constructivas de los diversos grupos. En lugar de favorecer la distinción, trabajando en el reconocimiento de las diferencias y particularidades, se trata de favorecer la semejanza.

El tema de la XIX Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama, en Salamanca, Psicodrama y Diversidad cultural, plantea cuál es el lugar del quehacer psicodramático en el encuentro entre las distintas culturas, entendiendo la mezcla de culturas en sentido amplio, no sólo en referencia a los diferentes orígenes territoriales, sino también a la diversidad cultural marcada por las diferencias de unos grupos frente a otros, ya sea por enfoques de pensamiento o escuela, o por diferentes orientaciones marcadas por el sexo, la edad, los roles o los legados familiares o sociales de cualquier tipo.

El psicodrama promueve el encuentro desde una perspectiva de igualdad y aceptación, en la que reconocemos lo que tenemos en común como seres humanos. Como instrumento facilitador para ponerse en lugar del otro, así como para captar los múltiples matices de las situaciones relacionales y conocer las propias emociones, el psicodrama ayuda a cultivar actitudes interculturales positivas y favorecedoras del encuentro: apertura, empatía, superación de prejuicios, tolerancia, potenciación del sentido crítico respecto a todas las culturas, incluida la propia...

Los trabajos presentados en la XIX Reunión de Salamanca, recogidos en este dossier, más o menos ampliamente, son muestra de las distintas formas de pensar y hacer en Psicodrama.

El término diversidad, además de ser el tema central de la ponencia, alrededor del cual se aglutinan varias comunicaciones y talleres, recoge variados matices que hacen referencia a los diversos participantes, contextos, ámbitos de aplicación, enfoques o modelos. Así encontramos experiencias de aplicación en el ámbito público y privado, en el marco del contrato individual o grupal, y aplicaciones en diversos contextos: en psicoterapia, en educación, en formación de profesionales, en el marco de las relaciones empresariales, en grupos de encuentro y crecimiento, en el entrenamiento de habilidades sociales o en la prevención del riesgo.

La misma reunión, en una ciudad tan abierta tradicionalmente al contacto e intercambio entre culturas, ha sido el lugar de encuentro de diversas formas de hacer, desde la creatividad y la espontaneidad psicodramática, en el marco vivo y plural de las relaciones humanas en movimiento.

Presentación de la Mesa Inaugural I

José Antonio Cieza García
*Director del Servicio de Cursos Extraordinarios
y Formación Continua. Univ. de Salamanca.*

El otoño en que conocí a unas personas que se llamaban "psicodramatistas"

Hace ya algunas fechas, cuando todavía era otoño del 2003, tuve ocasión, como Director del Servicio de Cursos Extraordinarios y Formación Continua, de presidir la inauguración de un Curso en nuestra Universidad que llevaba por título "Psicodrama y Diversidad Cultural". En esos instantes inaugurales pude conocer no sólo a muchos estudiantes universitarios interesados por la temática, sino también a un grupo de personas que se llamaban a sí mismas, y con cierto orgullo, "psicodramatistas". Inicialmente se prometía un acto inaugural más, al que sin embargo asistía con todo el interés del mundo, como así se merece cualquier actividad formativa extraordinaria que se organiza en la Universidad. Sin embargo poco a poco, y en el corto espacio de unos minutos, fui percibiendo que la temática en cuestión, el psicodrama, me tocaba muy de cerca, especialmente porque en mi especialización académica, la dinámica de grupos, aplico y enseño varias adaptaciones educativas de esta técnica. Precisamente los organizadores del curso estaban apostando en esta edición por una aplicación del psicodrama a diversos espacios y contextos, y más concretamente a los educativos. La sintonía académica, pues, fue total. Pero además, y ahora ya en mi condición de Director del Servicio, pude darme cuenta de que el psicodrama podría encontrar en nuestra Universidad un acomodo más que interesante como línea formativa y de investigación. Esta inicial intuición se encontró en cuestión de segundos con una propuesta clara y diáfana, y también muy ilusionada y entusiasta, por parte del Presidente de la Asociación Española de Psicodrama: "Nos gustaría una colaboración más estrecha con la Universidad de Salamanca". Esta breve afirmación

fue el detonante definitivo para que por mi parte formulara otra afirmación igualmente clara, decidida y sincera: "La Universidad de Salamanca acepta esta propuesta y estará encantada de iniciar este proceso de colaboración". Y para que el asunto no diera la impresión de una simple declaración formal propia de un acto de inauguración, empecé al Presidente de la Asociación a una reunión inmediata a fin de concretar todos los pormenores de la colaboración.

Hasta aquí la historia tal como se gestó ¿Qué paso después? Se preguntarán ustedes ¿Se llegó a hacer esa reunión anunciada? Pues se hizo, y se hizo además pronto y al máximo nivel, y con una disposición total por ambas partes. Y ahora les resuelvo el último interrogante que a buen seguro se están planteando ¿Se concretó alguna cosa? ¡Vaya si se concretó! Se ha firmado un Convenio entre la Universidad de Salamanca y la Asociación Española de Psicodrama, y además se ha diseñado ya una primera actividad conjunta, nada más y nada menos que un curso de verano para este año 2004 que lleva por título "Introducción al psicodrama y sus aplicaciones". ¿Qué les parece? ¿Ha estado bien, verdad? No ha sido difícil, especialmente cuando uno se encuentra con personas tan enamoradas de su profesión, con un entusiasmo académico y científico tan arraigado y con una visión de futuro tan clara.

Hasta aquí hemos llegado ¿Qué pasará de aquí en adelante? Pues que probablemente iniciaremos muchos proyectos en colaboración. ¿Nos saldrán todos bien? ¡Quién sabe! Ese es siempre el riesgo de los que se atreven a intentar cosas nuevas. De todas formas, siempre nos quedará el psicodrama como medio para la autocrítica.

Presentación de la Mesa Inaugural II

Ángel B. Espina Barrio
 Director del Curso Extraordinario

La incidencia y la influencia que las diversas matrices culturales de las personas tienen en nuestra vida cotidiana actual, eso que ha venido en llamarse "multiculturalidad" y que parece que impregna todas las realidades sociales presentes, viene siendo observada desde hace bastante tiempo por dos disciplinas científicas que en principio parecen muy divergentes pero que tienen mucho en común: la antropología y el psicodrama. Y es bajo su óptica que se planteó estudiar interdisciplinariamente y dar a conocer el tema apuntado mediante un Curso que vino a tener el título de "Psicodrama y Diversidad Cultural" y del que tuve el inmerecido honor de ser director académico en la Universidad de Salamanca.

El antedicho Curso, también Reunión de la Asociación Española de Psicodrama -colectivo al que se deben los méritos del evento- tuvo muchas vertientes y cualidades: agrupó a especialistas diversos (psiquiatras, psicólogos, pedagogos, enfermeras, trabajadores sociales...); nos ofreció un panorama de sus trabajos como psicodramatistas; incluyó talleres variados; resultó en una docencia de calidad sobre un tema relativamente ausente en los planes de estudio universitarios; ofreció actividades artísticas y lúdicas; reforzó cooperaciones, personales e institucionales (v.g. entre la AEP y la USAL) y, en suma, cumplió con sus objetivos, primordialmente, como hemos dicho, explorar el pluralismo cultural en la escena psicodramática.

Aunque antropólogo, o precisamente por ello, siempre reconocí el magnetismo que ejercía, en mí y en otras personas, la técnica del psicodrama. Durante mis estudios de psicología, en los que no recibí directa formación sobre esta materia, pero sí indirecta, ya que en las clases de psicología profunda nuestro profesor, a la sazón Luis Cencillo, nos explicaba con gran destreza las diferencias de comportamiento de sus pacientes paranoicos, histéricos, etc., realizando perfectas representaciones psicodramáticas. Divertidas comedias sobre la cuestión tuve ocasión de ver representadas en Buenos Aires, que animaban a conocer más sobre la cuestión. Finalmente un miembro de mi familia se dedicó al tema. Pero precisamente creo que una especie de especialización familiar fue lo que me llevó por otros derroteros. Es muy conocido que mi hermano José Antonio es una autoridad reconocida internacionalmente en el estudio, la investigación y la aplicación de la técnica psicodramática, y sus trabajos son muy difíciles siquiera de emular. Y como digo, ésto me separó del psicodrama, pero me alegro que no fuera absolutamente.

El libro que presentamos, última pero no la menos importante de las consecuencias directas del curso realizado, servirá sin duda para difundir más y de manera más permanente los importantes contenidos expuestos por los psicodramatistas españoles. Por mi parte quedo feliz por haber sido de utilidad, después de los años, aún mínimamente, para la expansión de esta técnica y para su conexión con la etnología.

Ángel B. Espina Barrio
 Vicedecano de la Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Salamanca.

Presentación de la Mesa Inaugural III

Pablo Población Knappe
Socio de Honor de la AEP

Ana Fernández Espinosa me llama para pedirme unas líneas para el libro de Actas de XIX Reunión de la AEP. Me sugiere que en lo posible tenga que ver con lo que dije desde la mesa inaugural de esa XIX Reunión. No lo recuerdo y Ana me comenta que tenía que ver con el juego. Es cierto, a mis alumnos no ceso de repetirles que el Psicodrama es una psicoterapia lúdica y les insto no sólo a no perder esto de vista en su quehacer terapéutico sino también en sus vidas.

Lo lúdico lleva a la espontaneidad- creatividad y la espontaneidad a la libertad. Persigamos la libertad, persigamos ser seres humanos libres. No sé si bien ó mal esto mismo es lo que quise transmitirles a todos aquellos jóvenes estudiantes que acudieron curiosos y entusiastas a nuestro XIX Reunión de Salamanca.

Gracias Ana, por ser mí memoria.

Presentación de la Mesa Inaugural IV

Antonio Pintado Calvo
Presidente de la AEP

Lo primero, fue agradecer...

A las Autoridades Institucionales que se hallaban presentes. A todas las Entidades colaboradoras. Al Comité Organizador. Gracias Natacha, Esperanza, José Antonio.

Al Director académico del Curso Extraordinario, Profesor Espina Barrio. Justo este fue el momento adecuado para destacar públicamente todas las colaboraciones desinteresadas, generosas y beneficiosas para la AEP, desde años atrás, de Ángel Espina. Por ello la AEP le había nombrado, conforme a sus Estatutos, Socio Benemérito de la misma. Él, compartía en ese momento Mesa Inaugural, sentado yo a su lado.

A la coordinadora científica, nuestra Ana Imaña.

Y cómo no a quien había coordinado todo, a la capitana de la nave, Ana Fernández Espinosa, que se había dejado la piel para que todo aquello fuera realidad. Ana; ella y yo estábamos allí y en aquel momento, estrenando roles.

A todos los Asistentes a la Reunión. Pero me permití hacer hincapié en algunos:

Primero en los Estudiantes, para que nos concedieran espontaneidad y creatividad a los psicodramatistas avezados y que así, en retroalimentación, se las pudiéramos enseñar a ellos.

También en los postgraduados en formación, "mires" y "pires", con un guiño especial para mis chicos de Almería. También en alumnos de Doctorado y, al fin, en los alumnos que se están formando específicamente en Psicodrama.

No debía olvidar a los profesores, tanto a los que en sus escuelas enseñan Psicodrama, porque sin ellos se acabarían los psicodramatistas, como a los de Universidades, que nos honraban con su presencia y participación, lo cual aprovechaba para pedirles y sugerirles la conveniencia y utilidad de introducir el Psicodrama en los programas y planes de estudio, seminarios, cursos monográficos, y para no quedarme corto ni pecar de modesto, echaba mano del sentido del humor y de tono cariñoso, para seguir sugiriendo... Psicodrama como asignatura de Licenciaturas, de Doctorados... Masters...

Aquí doy un salto cronológico en el relato, para dar el merecido realce a la espontánea y creativa oferta de colaboración USAL- AEP, que lanzó públicamente el Profesor, D. José Antonio Cieza, Director de los Cursos Extraordinarios de la USAL, y que, en la Mesa Inaugural, representaba como máxima autoridad presente a dicha Institución. Consideró "un reto, una invitación cariñosa" mi intervención, pensó rápido y propuso que "había que concretar". Actualmente estamos consolidando ese paso importante para la AEP y, por lo tanto, para el Psicodrama en España.

Y terminé los agradecimientos, como no podía ser menos, con los socios de la AEP, ¿qué os podía decir, compañeros?. Que sin vuestro concurso, que sin vosotros, no habría AEP.

Y dicho ésto, restaba dedicarle unas palabras a lo que allí nos reunía, naturalmente al Psicodrama, la creación genial de Jacob Levy Moreno, tan desconocida para la Sociedad en general y también para los estudiantes,

graduados y profesionales de la Medicina, de la Psiquiatría, de la Psicología y de otras disciplinas pedagógicas, sociales y de la salud, en particular.

Y del Psicodrama quise realzar allí, que no sólo es una magnífica técnica con muchas posibilidades de aplicación, sustentada en una teoría y en un pensamiento permanentemente actuales... que no sería decir poco. Quise resaltar el hecho de que el Psicodrama hunde sus raíces y crece y se desarrolla en una verdadera concepción Humanista de la Existencia; de la Vida. Que su centro, su meollo, su alfa y su omega, son el Ser Humano y el cultivo y desarrollo de sus Valores. Que nos habla de Espontaneidad, de Creatividad y, sobre todo, por encima de todo, de Relación. De relación entre individuos y entre grupos; de diferencia y de diálogo. De Encuentro, de Encuentro verdadero entre seres humanos libres; libres y, por lo tanto, responsables de CREAR... de re-CREAR y de volver a CREAR tantas veces como sea necesario, un mundo muy grande o al menos múltiples mundos pequeñitos, donde en verdad sea bien fácil la Posibilidad de Encuentro.

Bien, habiendo llegado a ese punto, quedaba quizás lo más importante, y así, pasé a decir: "Creo que es ahora cuando debo expresar solemnemente que tengo el gran honor y el inmenso placer de declarar Inaugurada la XIX Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama y desear que sea feliz, provechosa y fructífera para todos. Muchas gracias".

PARTE I

Psicodrama y diversidad cultural

• **11:00-11:30 AM. Psicodrama y diversidad cultural: un enfoque sistémico y multicultural.**

• **11:30-12:00 PM. Psicodrama y diversidad cultural: un enfoque sistémico y multicultural.**

• **12:00-12:30 PM. Psicodrama y diversidad cultural: un enfoque sistémico y multicultural.**

• **12:30-1:00 PM. Psicodrama y diversidad cultural: un enfoque sistémico y multicultural.**

• **1:00-1:30 PM. Psicodrama y diversidad cultural: un enfoque sistémico y multicultural.**

• **1:30-2:00 PM. Psicodrama y diversidad cultural: un enfoque sistémico y multicultural.**

• **2:00-2:30 PM. Psicodrama y diversidad cultural: un enfoque sistémico y multicultural.**

• **2:30-3:00 PM. Psicodrama y diversidad cultural: un enfoque sistémico y multicultural.**

• **3:00-3:30 PM. Psicodrama y diversidad cultural: un enfoque sistémico y multicultural.**

• **3:30-4:00 PM. Psicodrama y diversidad cultural: un enfoque sistémico y multicultural.**

• **4:00-4:30 PM. Psicodrama y diversidad cultural: un enfoque sistémico y multicultural.**

• **4:30-5:00 PM. Psicodrama y diversidad cultural: un enfoque sistémico y multicultural.**

• **5:00-5:30 PM. Psicodrama y diversidad cultural: un enfoque sistémico y multicultural.**





1. Programa de la reunión

Viernes, día 14 de noviembre

- Facultad de Traducción e Interpretación
- 09.00-09.30 Recepción y entrega de documentación.
- 09.30-10.00 **Inauguración oficial** del congreso por los representantes del Comité de Honor y de la organización.
- 10.00-13.30 **Taller**: "Trabajar con la cultura es trabajar con la identidad: el trabajo intercultural con grupos". Jorge Burmeister
- 14.00-16.00 **Comida**.

- Edificio Histórico de la Universidad
- 16.00-16.45 **Conferencia de apertura**: "Violencia y paz: El drama y la esperanza entre y dentro de las culturas". Jorge Burmeister.

- 17.00-18.30 **Mesas** (3 simultáneas)

"Psicodrama: Puente entre culturas" Mod.: Marisol Filgueira Bouza.

- "La emigración: del retorno a la impostura". José Antonio Espina Barrio
- "Mujeres inmigrantes y Psicodrama: El grupo como lugar de encuentro". Ana M^a Fernández Espinosa.
- "El sociodrama y las actividades colectivas". M^a Pilar González López.
- "Conflictos en la inmigración". Fernando Domínguez Inchaurredo.
- "Diversidad cultural y vínculos paterno-filiales: la adopción internacional". M^a Ángeles Márquez Navarro.

"Aplicaciones del Psicodrama en diversos contextos" Mod.: Ana Imaña Martínez.

- "Psicodrama y educación sexual". Marisalva Favero Fernández.
- "El Psicodrama como método de evaluación de la simulación en el ámbito forense". Laura C. Sánchez Sánchez, Rocío Urán Martínez y Ana B. Martínez García.
- "Técnicas psicodramáticas en contextos educativos". Carmen Vázquez Alemán.
- "Conteniendo en diversos contextos: con contrato y sin contrato". Natacha Navarro Roldán.

"Aplicaciones del Psicodrama: Intervención psicoterapéutica" Mod.: Teodoro Herranz Castillo.

- "Trastornos de personalidad: Estilo activo del terapeuta y comunicación en espejo doble". Pablo Álvarez Valcarce.
- "Charcot redivivo en la investigación psiquiátrica". Marino Pérez Alvarez
- "Uso de técnicas psicodramáticas en terapia sexual, con pacientes con problemas de identidad y orientación sexual en el Hospital General de Montreal". Miguel David Guevara Espinar y Esperanza Fernández Carballada.
- "Teoría dramatúrgica de la hipnosis". Adolfo Cangas, Marino Pérez Alvarez y Jose Manuel García.
- "La vivencia del paciente con enfermedad oncológica". Fabiola Cortés Funes.

18.30-19.00 **Café** con duende.

19.00-20.45 **Talleres**

- "Taller de introducción al Psicodrama". Déspina Xanthopoulou.
 "Taller de introducción al Psicodrama". Margarita Montero.
 "Ser valioso y autovalorarse" (Taller vivencial sobre autoestima). M^a Eugenia Martínez de la Puente y Juan Carlos Di Pane.
 "Psicodrama y escenas literarias". Francisco Delgado.

18.50-20.50 **Asamblea de la AEP** (Asociación Española de Psicodrama)

- 21.00-22.00 **Actividad cultural** del congreso. Paseo "poético-musical" por el centro histórico de la ciudad. Selección de poemas: Jose Manuel Regalado. Músicos de la Escuela de música de Villamayor de Armuña, dirigidos por José Luis Sagredo.

sábado, día 15 de noviembre

Edificio Histórico de la Universidad

- 09.15-09.30 **Exposición de pósters.** Coloquio con los autores.

- 09.30-11.00 **Conferencia plenaria:** "Vínculos transgeneracionales, lealtades invisibles, síndrome del aniversario, y genosociograma". Anne Ancelin Schützenberger.

- 11.00-11.30 **Café** con duende.

11.30-13.30 **Talleres**

- "¿Cómo influye mi cultura al dirigir grupos de psicodrama?". Pablo Álvarez Valcarce.
 "No digas que fue un sueño". Fernando Domínguez Inchaurredo.
 "Presentación del vídeo de Marco Maida: Jacob Levy Moreno: sua vida e suas musas". José Antonio Espina Barrio.
 "El descubrimiento de la sexualidad en el teatro de la vida". Marisalva Favero Fernández y Esperanza Fernández Carballada.
 "Test proyectivo psicodramático". Ernesto Fonseca Fábregas.
 "Psicodrama simbólico y cuentos de madurez: Ayudando a completar el proceso de individualización". Irene Henche Zabala

13.45-15.45 **Comida**

- 15.45-16.00 **Exposición de pósters.** Coloquio con los autores.

- 15.45-18.30 **Taller:** "Vínculos familiares transgeneracionales ocultos, síndromes del aniversario, genosociograma y viñetas psicodramáticas". Anne Ancelin Schützenberger.

- 16.30-18.30 Encuentro Junta Directiva de la AEP- Formadores de Escuelas de formación en Psicodrama.

16.30-18.30 **Talleres**

- "Se eu fosse Nicolás Cage...Psicodrama e luto do nao vivido". Margarida Couto y Fernando Vieira.

- Acoso: "Entre vampiros y perversos: una seducción amarga". Manuel Castro Soto y Mónica Couso Fuentes.

- "El manejo de la agresividad en Psicodrama" José M^a Ferro Llaryora y cols.

- 18.30-19.00 **Café** con duende.

- 19.00-20.30 **Mesas** (3 simultáneas)

- "**La agresividad en las psicoterapias**"
 Mod.: Esperanza Fdez. Carballada.

- "La agresividad en las psicoterapias. Un apunte explicativo". Teodoro Herranz Castillo.

- "Familia y agresividad: La autoridad en dos familias disfuncionales". Ramón Oria de Rueda Elorriaga y Jose M^a Ferro Llaryora.

- "Intervenciones psicodramáticas con pacientes psiquiátricos. Cómo dinamizar sin agredir". Julia Riego Narbón.

- "La agresividad en los trastornos Borderline: Patología borderline. "te odio, por favor, quiéreme" Silvia Monzón Reviejo, María Jiménez y M^a Consuelo Viamonte Andrés.

- "Semántica de la conducta suicida" Caín Girol Vizcay, Teodoro Herranz.

- "La otra mirada de la agresividad: Una aproximación a la psicósomática". Vega Candelas García y Emilia Villalba García-Cuevas

- "**Reflexiones en torno a la experiencia psicodramática**" Mod.: J. Antonio Espina Barrio.

- "Conciencia emocional y Psicodrama". Ernesto Fonseca Fábregas.

- "En clave de amor". Pilar Arconada Rodríguez y Ana Fernández Espinosa

"De lo racional a lo emocional: una experiencia psicodramática". Macarena Martín Olalla, Manolo Jover Martínez, Bernardo Pérez Ramírez, José Gabriel Calcedo Giraldo, José Manuel Herrero Marfil, M^a del Carmen Maestro Hernández.
 "Psicodrama y proyecto vital". M^a Ángeles Egido Aguilera.

"Intervención Psicodramática con niños y adolescentes" Mod.: Natacha Navarro Roldán

"Psicodrama con niños en situación de riesgo social". Luis Miguel Ayuso Escuer, Marta Parra González y M^a Carmen Sobrino Martínez.
 "Una experiencia de psicodrama con niños/as en período de latencia". Idoia Aguirre y Jone Usabiaga.
 "El juego dramático y la diversidad en la escuela. Experiencias". Eva Guillén Guillén.
 "Psicodrama en la escuela: A la búsqueda del dream team". Montserrat Lacima Ribá.

22.00 Cena de gala en el Restaurante Albatros.

domingo, día 16 de noviembre

Edificio Histórico de la Universidad
 09.45-10.00 Exposición de pósters. Coloquio con los autores.

10.00-11.30 Mesas (2 simultáneas)

"Encuentro entre formadores en Psicodrama y/o Psicoterapia de grupo" Mod.: Roberto de Inocencio Biangel. Participantes: Profesores universitarios y formadores de Escuelas de Psicodrama: Adolfo J. Cangas, José Manuel Cornejo Alvarez, María Palacín Lois, Pablo Alvarez Valcarcel, Teodoro Herranz Castillo, Carlos Mirapeix Costas, Ernesto Fonseca Fábregas, Marisol Filgueira Bouza, Esperanza Fernández Carballada, Jose Antonio Espina Barrio, Irene Henche Zabala, M^a Angeles Becerro Rodríguez, Susana Landín.

"Aplicaciones del Psicodrama: Intervención psicoterapéutica" Mod.: Gracia Sáez Bustos

"Diversidad cultural. Crisis y Hospitalización. Papel de las técnicas activas". José Manuel Martínez Rodríguez.

"La terapia como puente entre lo conocido y lo extraño". Claire Jasinsky

"Psicoterapia Psicodramática de una niña con estrés postraumático crónico con síntomas psicóticos". Sandra Campos, Pablo Alvarez Valcarce y Carmen Sobrino.

"Los cuentos en Psicoterapia". Gregorio Armañanzas Ros.

09.30-11.30 **Talleres**

"Familias interculturales". M^a Angeles Egido.

"Trabajo con el psicoterapeuta: De los miedos al encuentro". Fabiola Cortés Funes, Lidia Abián, Carmen Rubiños y Almudena Narvaez.

"Músicoterapia ante el reto intercultural". Vanessa Vannay Allasia y Almudena González.

11.30-12.00 **Café con duende**

12.00-14.00 **Clausura grupal** desde el público. Coordinador: Antonio Pintado Calvo. Presidente de la AEP.

Pósters

"Escuelas de formación en psicodrama"

-ITGP (Instituto de técnicas de grupo y Psicodrama) de Galicia. Carlos Castro Dono, Marisol Filgueira Bouza, Luis Ferrer y Balsebre y Gonzalez Vazquez A.I.

-ITGP (Instituto de técnicas de grupo y Psicodrama) de Madrid. Pablo Población Knappe, Fabiola Cortés Funes y Elisa López Barberá.

- Grupo de estudios de Psicodrama de Madrid. Pablo Alvarez Valcarce.

"Aplicaciones del Psicodrama"

"Taller de prevención de la violencia en la Escuela, con alumnos de noveno año de E.G.B. III ". M^a Eugenia Martínez de la Puente y Juan Carlos Di Pane.

"Contextos culturales desde el ciclo vital familiar: una perspectiva desde España". Fabiola Cortés Funes, Alicia Moreno y cols.

"Historias de chapapote". Pascuala Campos, Rosa Conca, Julio Carmona, Anne Hair y Antolina Fernández.

"Aplicación del Psicodrama a dinámicas grupales en organizaciones". Carlos Herreros de las Cuevas.



2. Conferencia inaugural

Violencia y Paz: el drama y la esperanza dentro y entre las culturas

Dr. Jorge Burmeister

Evolución y Conceptos de la Identidad

- Evolución Humana
 - Procesos Inter-personales/Sociales
 - Dinámica por asimilación y rechazo
- Conflicto primordial entre autonomía y vínculo

Dimensiones de la Identidad

- Individual: Cuerpo, Símbolos, Pensamientos con memoria escénica
- Social: Grupos (pequeños) de 1er rango: familia, amigos
Grupos (largos) de 2º rango: instituciones
- Existencial
- Cósmica

Funciones de la Cultura (Kaes)

- Bases indiferenciadas para el Desarrollo de la Psyche
 - perteneciendo a una entidad social completa
 - gama de mecanismos defensivos/resolutivos
- Estructuración de la Psyche introduciéndola en una serie de pautas simbólicas
 - distinción de sexos y generaciones
 - modelos de abordar y organizar la realidad psíquica

Criterios Culturales de G. v. Hofstede

- Diferencia de poder/autoridad
- Mecanismos para evitar la experiencia de la inseguridad existencial
- Individualidad - Grupalidad
- Masculinidad

Pertenencia a una cultura

- Identidad colectiva (Volkan)
 - La tela colectiva (Volkan): almacén de sucesos colectivos esenciales como sucesos traumáticos
 - Almacenados por mitos, leyendas, cuentos
 - Consta de:
 1. Depósito de:
 - experiencias positivas compartidas: ej. canciones
 - identificaciones positivas: ej. padres
 - identificaciones negativas: incl. a prejuicios de otros
 2. Punto de referencia de gloria – de traumatismo (no tristeza posible)
 3. Autoridad reconocida
 4. Simbolismo específico

Modelo Psicodramático

La matrix:

- el sistema interpersonal relevante
- el sistema socioemocional relevante
- Intercambio básico a nivel de las dimensiones de roles: somatoafectiva, imaginaria, cognitiva

Teoría General del Origen de la Agresividad

Perspectiva Etológica I - Lorenz 62

- Funciones de la Agresividad:
 - Asegurar el rango social
 - Defender el Territorio
- Potencial innato pero :
 - No hay un aumento continuo (necesidad de una válvula) sino una disposición de reaccionar ("llama del encendedor")
 - Pérdida del control biológico: producto de la evolución cultural.

Teoría General del Origen de la Agresividad

Perspectiva Etológica II – Eibl-Eibesfeldt 84

- La Guerra emplea funciones psicosociales, es un fenómeno civilizador
- Resuelve Conflictos de intereses
- Se basa en conductas sociales “neutras”: defender al grupo de pertenencia, estimular euforia, tendencia de querer dominar, aumento de cohesión y de responsabilidad, resolución de cuestiones de identidad.
- No requiere la denegación del afecto cariñoso al infante, se centra más sobre identificaciones positivas
- Agresividad y la conducta guerrera solo corresponden parcialmente

Teoría General del Origen de la Agresividad

Perspectiva humana – investigación de bebe

- Derivado de la necesidad básica de expandir, explorar, acercarse
- Producto de frustraciones:
 - de la necesidad de expandir
 - de la necesidad de estar vinculado afectivamente: falta o rechazo de amor
- Producto de aprendizaje: refuerzo por beneficios obtenidos agresivamente
- Placer narcisístico patológico (de dominar/de destruir): reparar/compensar humillaciones narcisísticas
- Función liberadora:
 - frente a la banalidad del consumo/de la sociedad moderna
 - frente a la angustia del vínculo afectivo por experiencias de desánimo

Relación entre cultura, civilización y guerra

Producto del goce de auto-objetivarse, de expandir, de funcionar

Teoría del “Destruído” (Freud)
(Shatan 83)

“El Derrame de sangre reemplaza a las lágrimas” – la tristeza militarizada

Favorecido por la socialización masculina, el reparto entre los géneros
(Mansfield 82)

- Compensa sentimientos de culpa e invalidez
- Proporciona experiencias de honor y gloria

“No es la agresión que produce conflictos sino son los conflictos que originan la agresividad” Norbert Elias, 1982

Palabra griega: polemós –

Heracleitos de Ephesos: conflicto entre opuestos la dialéctica como principio universal

Homer: lucha

“La guerra es el padre de todas las cosas”

Perspectiva psicológica

Resolución insuficiente del Conflicto básico

- Rigidez y solidificación de un polo – narcisismo patológico: estabilizarse por los aumentos del poder
- Determina la “seductibilidad” de la gente
- Determina la cuantía de “auto-filia” de las élites de poder
- Contribución de estructuras sociales, de la socialización: desigualdad del status social, normas y estructuras del poder: territorio de la tensión necesaria entre auto-afirmación/mantenimiento y reconocimiento del otro inciden sobre la forma de la resolución del conflicto básico

Teoría del conflicto real de grupos

Sherif 61

- Competencia/rivalidad por bienes importantes
- Comienzo y proliferación de prejuicios, desvalorizaciones y odio entre los grupos
- Advertencias de moral no tienen efecto
- Creación de fines compartidos: procura la base de una cooperación efectiva

Teoría de la identidad sociocultural

Tajfel 78, Abrams 90

- Identidad por pertenecer a grupos/colectivos
- Tendencia “natural” de elevar el valor del propio colectivo y desvalorizar (prejuicios) al otro
- Por elevar la auto-estima
- Una necesidad humana básica y no solo producto de conflictos reales
- Diferencia del status/prestigio:

- compensar por un rendimiento extraordinario
- identificación con el otro colectivo
- desafío público de las estructuras existentes: rebelión (respuesta a nivel colectivo) - sobre todo cuando haya injusticia o un orden inestable

Teoría de la personalidad autoritaria

Adorno 50, Altmeyer 88

- Característica: tendencia de odiar y querer herir/dañar al otro
- Fruto de la educación
- Fruto de la herencia transgeneracional
- Folio de explicación del nazismo

Teoría del contacto social

Allport 54

- El contacto reduce la base de prejuicios cuando se presenta la pertenencia al otro grupo con énfasis y amabilidad
- Requiere / se intensifica cuando haya
 - apoyo institucional (de la sociedad)
 - potencial de confidencialidad (descubrir semejanzas)
 - una atmósfera cooperativa (aumenta la tolerancia)
 - un status social semejante

El origen de la deshumanización

Pautas de reconciliación y de la coexistencia humana son innatas

Para desmantelarlos se necesita

- Aislamiento y "frialidad": ej. rasgos de la educación masculina
- Sentimiento de superioridad/dominancia con orgullo: "bárbaros"
- Crisis colectiva con hechos "humillantes", traumáticos:
 - sentimiento de pudor con deseo de vergüenza
 - sentimiento de lealdad, fidelidad al propio colectivo
 - conectividad/dependencia de la autoridad: líder y héroes

El orden del mundo terapéutico

La miseria puede invadir todos los territorios humanos no terapéuticos. J. L. Moreno, 1932

Fuerzas cooperativas y creativas son más inminentes en grupos terapéuticos: igualdad del status, libertad, espontaneidad, principio del encuentro. Ejemplos en la historia: danzas ritualizadas, consejo de mayores, coro de la tragedia griega, monasterios.

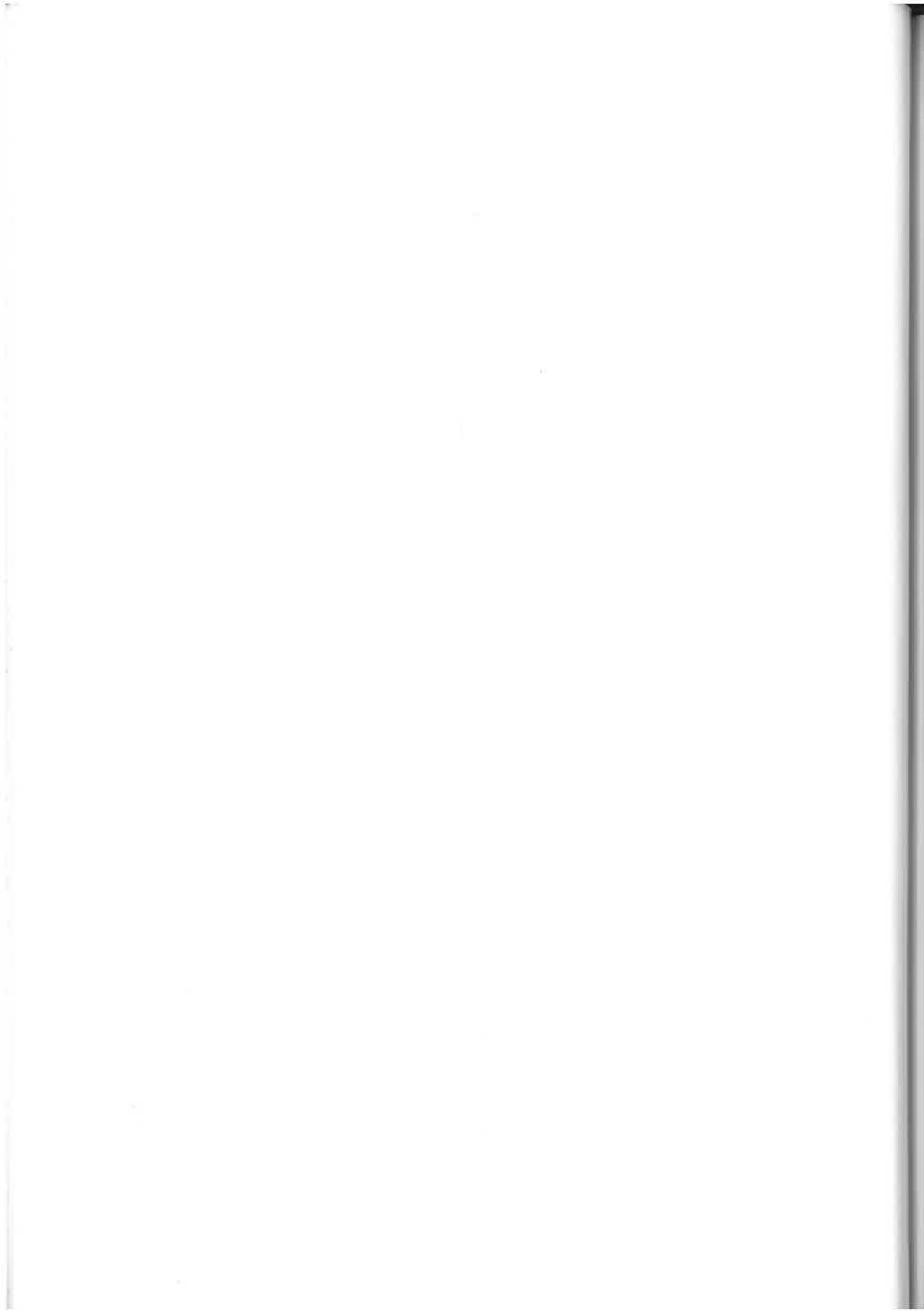
"El génesis verdadero no se produce en el principio sino sólo en el fin y empieza a producirse cuando reluzca en el mundo un lugar que siempre se ha asomado en nuestra infancia pero donde no vivía aún nadie jamás: nuestra verdadera patria de la humanidad"
Ernst Bloch, 1982

Principios de un mundo terapéutico

- Conectividad con:
 - la propia historia – sentido de coherencia
 - algo superior, lo espiritual: e.g. los 4 elementos
 - la situación del otro: cambio de rol
- Comunicar/denunciar miseria, injusticia y opresión
- Capacidad de amar, consentir y de perdonar
- Capacidad de vivir respeto, responsabilidad y curación
- Capacidad de crear redes interpersonales
- "El camino de la alegría conduce por el corazón"

El mismo viento deja subir a muchos cometas

- Estimular la creación de Grupos "terapéuticos" de contacto, del diálogo, del encuentro
- Enseñar, también con su propio modelo de vida
- Respetar la diferencia del otro y aprender de esa diferencia: creando juntos
- Encontrar la paz interna y transmitirla
- Encender el octavo fuego para complementar nuestra creación: un hombre puede ayudar al otro



3. Conferencia plenaria

Transmisión transgeneracional del trauma. El síndrome de los ancestros: terapia transgeneracional y los vínculos ocultos en la genealogía familiar: lealtades invisibles; sucesos repetitivos en la psicogenealogía clínica.

Anne Ancelin Schützenberger, PhD, T.E.P.
France
Profesora emérita de Psicología Social Clínica en la Universidad de Niza.

Presentación

Freud descubrió el "inconsciente individual", Jung descubrió el "inconsciente colectivo" y Moreno encontró el "co-consciente", el "co-inconsciente" y el "átomo social" que es el núcleo de las relaciones importantes con la familia, amigos, la gente, animales, lugares, la música, la filosofía... y todas aquellas cosas o vínculos importantes en nuestra vida.

En nuestro proceso descubrimos, presentamos y procesamos todo esto junto en un árbol genealógico, incluyendo de 3 a 7 generaciones en un gran mapa llamado "genosociograma" que incluye: un árbol familiar completo con todos los hechos importantes, no solo matrimonios y muertes, sino también educación, profesión, cambios de residencia (que suponen habitualmente un drama por la pérdida de vínculos importantes, un desenraizamiento). Aparecen de manera obvia repetición de los mismos hechos a la misma edad, y a veces el mismo día. El vínculo es muy claro especialmente cuando se subrayan hechos y fechas y se conexionan en rojo con hechos dramáticos y en verde con hechos positivos, tales como repetición de matrimonios en los mismos periodos, a veces desde muchas generaciones e incluso siglos.

Es importante enmarcar los hechos en su contexto social, económico e histórico. Épocas de guerra produjeron muertes, atrocidades, huérfanos y mujeres solas. Además, los hechos tienen un significado diferente de acuerdo con los tiempos y las reglas sociales.

Los estigmas sociales varían alrededor del dinero, el estatus social y la familia, por ejemplo: hijos bastardos, periodos en prisión, bancarrotas, estancias en hospitales mentales, tuberculosis (en la actualidad SIDA, a veces, cáncer), color de piel, credo religioso.

Tomemos un ejemplo: las adolescentes embarazadas fueron un estigma social en los siglos pasados, una deshonra social (hasta tal punto que los padres mataban el hijo y enviaban fuera a la hija, o la obligaban a casarse con el hombre que les había despreciado y les había hecho sufrir).

Hoy día, en el siglo XXI, la mitad de las familias no están casadas y la sociedad lo acepta como normal. De hecho, ya no hablamos de bastardos y muchas jóvenes mantienen su nombre de soltera como nombre profesional.

Realizar un árbol familiar completo y complejo y trabajar con él es en cierta manera una terapia integradora: enlazamos el psicoanálisis clásico freudiano con el grupoanálisis, el psicodrama, la investigación en la comunicación no verbal y la terapia familiar.

Existen seis nuevos conceptos analíticos importantes:

- Françoise Dolto descubrió que la psicosis se produce después de tres generaciones de comunicaciones familiares con dificultades.
- Nicolás Abraham y María Torok descubrieron que los secretos familiares se ocultan en una cripta en la generación siguiente y de ahí surgen en la tercera generación una especie de fantasma que recuerda y reproduce ese

hecho secreto y que se expresa en muertes similares, accidentes, desgracias, niños escondidos (incluso se guarda el esqueleto en el armario) hasta que se saca y se pueden poner palabras al drama, al desangramiento inacabado de muerte y pérdidas...

- Vincent de Gauleisac denominó "neurosis de clase" a los fallos en exámenes de la escuela o de la Universidad de alumnos brillantes cuyos padres nunca alcanzaron su nivel de estudios.
- Ivan Boszormenyi-Nagy descubrió las lealtades ocultas que nos vinculan en contra de nuestro conocimiento o nuestro deseo para repetir hechos y estilos de vida, y también la importancia de un equilibrio justo en "cuentas de familia", referentes a dinero, estatus, herencias, educación, etc.
- Josephine Hilgard descubrió el síndrome de aniversario por el que personas manifiestan síntomas y son ingresadas en hospitales psiquiátricos a la misma edad en que su madre lo hizo, y con un hijo a la misma edad en la que ocurrió una separación traumática.
- Anne Ancelin Schützenberger trabaja con "gestaltens inacabados" y aplica el concepto de tareas no concluidas de Bluma Zeigarnik (1927) a tareas inconclusas de pérdidas y dolor. Tareas inconclusas de muertes, dolor y luto de familias importantes, de países, de muerte injusta y temprana de niños, incesto, abuso sexual de niños, pérdida de estatus social... son secretos dramáticos que producen trauma en las generaciones venideras.

Descripción del taller: "Vínculos familiares transgeneracionales ocultos, síndrome del aniversario, genosociograma y viñetas psicodramáticas".

Exploramos la genealogía familiar y especialmente los hechos más significativos a lo largo de 3 a 7 generaciones. Recorremos la historia familiar buscando los hechos más significativos, tanto sucesos felices como sucesos dramáticos, para detectar eventuales procesos de transmisión transgeneracional de traumas en el árbol genealógico (es lo que se denomina genosociograma) con vínculos importantes en la psicogenealogía clínica. Analizamos la manera en que se transmiten memorias impresas,

encajadas, de traumas pasados no resueltos o conflictos que se transmiten de generación en generación.

Cada participante representa en un papel su árbol familiar, anotando los hechos más significativos, y los problemas familiares no resueltos, o las tareas no terminadas son eventualmente resueltos con gestos simbólicos o pequeñas viñetas psicodramáticas, con el objetivo de descubrir, ilustrar y resolver traumas familiares transgeneracionales que han permanecido ocultos, de cerrar tensiones inacabadas, lutos por pérdidas de personas, mascotas, casas, tierras, cosas, incluso climas...

Intentamos entender este fenómeno en el contexto de la psicología familiar, de su historia económica o de salud, su psico-historia, buscando lealtades familiares ocultas, sucesos calamitosos tales como guerras, fuegos, muertes traumáticas, accidentes, secretos familiares y el denominado síndrome de aniversario. Intentamos relacionar emociones experienciales, memorias recordadas utilizando la teoría, discusiones en grupo y finalmente intercambiando sentimientos.

Bibliografía

Anne Ancelin Schützenberger (1993), "Ay, mis ancestros, transmisiones transgeneracionales, secretos de familia, síndrome del aniversario, transmisión de traumas y práctica del genosociograma". París, Ediciones DDB, 17ª edición ampliada, 2004.

Anne Ancelin Schützenberger (1998), "El síndrome de los ancestros". Londres, Nueva York.

Anne Ancelin Schützenberger (2000), "Psicodrama con supervivientes de traumas". Londres, Ediciones Kellerman y Hudgins, colección Salud y Muerte.

Anne Ancelin Schützenberger (2003), "El psicodrama". París, Ed. Payot.

Anne Ancelin Schützenberger y Gislain Devroede (2003), "Esos niños enfermos de sus padres". París, Ed. Payot.

4. Comunicaciones a las mesas

4.1. Psicodrama: Puente entre culturas

Moderadora: Marisol Filgueira Bouza

4.1.1 Introducción a la mesa

Después de tres años de ausencia en las actividades de la A.E.P., agradezco a la organización de la actual reunión la oportunidad que me han brindado de participar en diversos aspectos del programa.

El tema de la reunión y de esta mesa, constituye una preocupación antigua y repetida en la historia de la A.E.P. Así, en mi introducción a la Ponencia de la IX Reunión Nacional (Tordesillas 1993), titulada "Psicodrama: Ciencia, Arte y Magia", comentaba cómo "La explicación a la elección del tema hay que buscarla en la historia de la asociación. Tras la proliferación de escuelas diversas con diferentes orientaciones teóricas en el terreno psicodramático, comenzaban a apreciarse en las sucesivas reuniones anuales (I Reunión, Granada Oct. 1984: "Modelos teóricos y técnicas psicodramáticas"; II Reunión, Santander Oct. 1985: "Aspectos técnicos y factores de cambio en psicodrama"; III Reunión, Barcelona Dic. 1986: "Psicodrama en la institución") ciertas dificultades de entendimiento entre los exponentes, que se atribuyeron en su momento al hecho de estar posiblemente hablando unos y otros lenguajes diferentes. Fue a raíz de esta controversia que se planteó la necesidad de buscar un lenguaje común y, tras la IV Reunión (Madrid Dic. 1987: "Psicodrama en grupos específicos"), el Dr. Pablo Población Knappe propone para la siguiente convocatoria el debate sobre la escena psicodramática, entendiendo que es la escena el punto de confluencia entre las distintas escuelas y la única vía para encontrar dicho lenguaje (V Reunión, Sevilla Abr. 1989: "La escena psico-

dramática"). Pasaríamos dos años más ocupándonos de otros puntos que podían centrar a los psicodramatistas (VI Reunión, Santiago de Compostela Abr. 1990: "Personalidad y psicopatología del psicodramatista"; VII Reunión, Santillana del Mar May.-Jun. 1991: "El cuerpo en psicodrama"), hasta encontrar la línea que presumiblemente permitiría unificar nuestros esfuerzos (VIII Reunión, Reus May. 1992: "Integraciones teóricas en psicodrama"). A partir de ese momento, se defiende la validez de todos los enfoques, la necesidad del encuentro conservando nuestras diferencias y el beneficio en la práctica derivado de la asimilación de disciplinas distintas para el abordaje de la clínica" (Actas de la IX Reunión Nacional de la A.E.P. La Hoja de Psicodrama 1993 (Nov.-Dic.), 1(2), 1-13).

Es patente que este planteamiento ha tenido continuidad por los temas que encabezaron algunos eventos científicos relevantes donde han participado los socios de la A.E.P., por ejemplo: las diversas jornadas y publicaciones de "Psiquiatría y Antropología" a cargo de la sección de Etnopsiquiatría del Museo do Pobo Galego o de la Asociación Galega de Saúde Mental, la XII Reunión Nacional de la A.E.P. (La Coruña Jun. 1996) titulada "Diversas culturas, una misma escena", la ponencia con el mismo título que la A.E.P. llevó al I Congreso Iberoamericano de Psicodrama (Salamanca Feb. 1997), la XIV Conferencia Internacional de la Sociedad para la Exploración de la Integración en Psicoterapia (Madrid Jul. 1998) con el tema "¿Integración sin fronteras", la XV Reunión Nacional de la A.E.P. (Barcelona Oct. 1999) sobre "Psicodrama y otras psicoterapias", o el Curso Internacional de Psicoterapia, Psico

4.1.1. La emigración: del retorno a la impostura

José Antonio Espina Barrio
M.D. Psiquiatra de los Servicios de Salud Mental de Valladolid. C.S.M. Parquesol.

drama y Etnopsicología (Salamanca Nov. 1999) organizado por el Departamento de Psicología Social y Antropología de la Universidad de Salamanca y la Asociación de Estudiantes de la República Oriental de Uruguay.

Supongo que mi elección como moderadora de esta mesa se fundamenta en las contribuciones y publicaciones que he aportado sobre este tema: estudios sobre la ritualización del duelo, la estructura y dinámica de las tribus urbanas, encuentros interculturales entre escuelas de psicodrama, la influencia de la cultura sobre la enfermedad, la dinámica del Carnaval, la noche de San Juan, simbología de las Brujas, la curación ritual... todos ellos utilizando el psicodrama como instrumento de manejo e interpretación del objeto de investigación.

Espero poder seguir contribuyendo a este enlace y ojalá que, poco a poco, entre todos, logremos empezar a unificar y/o dar lugar a la diversidad para el mutuo enriquecimiento.

Muchas gracias.

Marisol Filgueira Bouza

1. Introducción: Una visión global del Cosmos

La emigración es un fenómeno social consustancial a los humanos que compartimos con otras especies. No sólo tenemos capacidad de cambiar el medio, lo que es específicamente humano, para bien ó para mal del resto de los seres vivos, sino que también podemos desplazarnos a otros más alejados que suponemos serán más beneficiosos ó confortables.

Si los homínidos, como todos los animales, comenzamos a emigrar por la climatología; a medida que el grado de civilización aumenta, el clima ó los factores externos a las tareas humanas son menos determinantes. Se da la paradoja de que el crecimiento tecnológico genera un mayor flujo migratorio, el cual es provocado por los propios seres humanos. En menos de un siglo hemos pasado de movernos a caballo, no más de 25 km/hora a 2,2 veces la velocidad del sonido (120 m/seg.) como ocurre cuando se viaja en Concorde. A finales del siglo XIX se postulaba que la enorme velocidad del tren a vapor (40 km/h) podía destrozar a los viajeros. Actualmente, nos matamos en accidentes de tráfico a más de 140 km/h, en carreteras atestadas de vehículos; pero no es la velocidad la única causa de la muerte, si no también el exceso de vehículos circulantes en relación con la vía por la que circulan.

Al comienzo de la civilización, las causas de los movimientos poblacionales fueron las guerras, lo que es contradictorio con el hecho de civilizarse; sin embargo el avance en el armamento y en el arte de la guerra fueron determinantes en la expansión de muchos imperios.

Después, las diferencias religiosas se enarbolaban como estandartes que servían para conseguir el poder. Así ocurrió en el primer tercio del siglo pasado con la caída de los restos del imperio otomano y el auge de los nacionalismos. Entonces, comunidades que habían convivido durante siglos con respeto y tolerancia entre las religiones Judías, Cristianas Ortodoxas e Islámicas, se descomponen en diferencias irreconciliables, emigrando los ortodoxos a Armenia y Grecia, permaneciendo los mahometanos en Turquía. Tras la caída del nazismo, que impidió el execrable exterminio judío, se creó un estado judío en Palestina, que lejos de promover la convivencia y la tolerancia es una fuente permanente de conflicto entre religiones y un polo migratorio muy importante de todos los judíos del mundo, así como una huida constante de palestinos a Jordania. Después de la II Guerra Mundial se produjo la independencia de las colonias del Imperio Británico; la creación en torno a 1950 de la India y Pakistán provocó otro flujo migratorio de millones de personas por motivos religiosos. El subcontinente indio se caracterizaba por la convivencia entre hindúes e islámicos, a pesar de ser éstos los dominantes durante la época mogol; desgraciadamente las fronteras que se han creado no han borrado el eterno conflicto por Cachemira y la intolerancia frente a la religión contraria en cada uno de los países citados.

En la actualidad, el monopolio de la energía (petróleo, gas natural, minerales, etc.), los desastres económicos en el tercer mundo (que sirven para perpetuar sueldos de miseria y por lo tanto mano de obra barata a los países desarrollados) y el despoblamiento del campo por su mecanización son las razones principales que motivan los desplazamientos masivos. Todas estas causas se resumen en una: el fomento de las diferencias y la exclusión de una parte de la sociedad por otra.

Maalouf denomina identidades asesinas a las que "reducen la identidad a una sola cosa, instala a los hombres en una actitud sectaria, intolerante, dominadora, a veces suicida, y los transforma a menudo en gentes que matan o en partidarios de los que lo hacen. Su visión del mundo está por ello sesgada, distorsionada". (P. 43)

La visión que voy a dar de este tema es la de una persona que le gusta viajar y acostumbra a

escuchar a la gente en su consulta de Psiquiatría. El campo de exploración se limita a las amplias posibilidades de los viajes y al consultorio. Es, por lo tanto, una visión antropológica necesariamente sesgada. La población emigrante acude a mi consulta por problemas de adaptación y/o personales. Se supone que muchos de los que no consultan pueden lograr una buena adaptación; de ellos sólo puedo dar alguna versión en mis viajes a lo largo del mundo.

Como mi forma de ver el mundo va a condicionar lo que afirme a continuación, creo necesario introducir mis criterios actuales. Aunque creo en el Inconsciente, no supongo que éste sea el que rija nuestra existencia, es una parte más del complejo engranaje por el que discurre la vida humana. Tampoco creo que todo se encuentre encriptado en el genoma, que trasmite muchas de las características de nuestros antepasados. Sostengo que la interacción humana modela la transmisión genética en influye en el psiquismo de una forma muy notable. Animales sociales, los humanos vivimos en íntima ó próxima relación con nuestros congéneres. Somos lo que hacemos y lo que hacemos nos conforma como somos. Parafraseando a Jacob Levy Moreno, el genial inventor del Psicodrama, y de la Teoría de los Roles: "El Yo proviene de los roles que se desempeñan", pero la manera de hacerlos deviene del Yo.

Mi visión actual del cosmos se basa en Gregory Bateson, quién sostiene que la naturaleza y el espíritu están necesariamente unidos y no se pueden ver separados entre sí ni en sus relaciones con el mundo.

Encuentro el mundo íntimamente interconectado, los distintos seres que viven en él se relacionan y modifican entre sí; en un proceso continuo de acomodación. De hecho, el cuerpo humano es un sistema complejo que abarca otros subsistemas: neuronales, eléctricos, endocrinos, sensoriales, digestivos, circulatorios, respiratorios, urogenitales, termorreguladores, que se encuentran estrechamente relacionados entre sí y con el ambiente. La finalidad de todos es encontrar una situación de equilibrio en un continuo ajuste a las modificaciones que se dan en cada uno de ellos y a las interacciones que suceden entre sí.

A Bateson se la considera el impulsor de la Cibernética que proviene del griego Helmsman

y significa Timonel. Es una ciencia de la comunicación y control. Describe las vías de la información mediante las cuales los sistemas son regulados desde fuera ó autoregulados desde dentro. Tiene dos ramas: La primera se dedica al control de las máquinas, y sigue el desarrollo de aparatos como armas antiaéreas, sistemas de navegación aéreos y computadoras. De esta rama no me ocuparé.

La segunda estudia los complejos procesos de control, mediante los cuales se autoorganizan los sistemas biológicos y sociales y mantienen una homeostasis con un medio dado. Este es el campo de Gregory Bateson, quién afirma que:

“En la Cibernética se encuentra latente el sentido de una nueva y quizás más humana mirada, un significado que cambia nuestra filosofía del control, y una visión de nuestras propias locuras en una perspectiva más amplia”

Concibe la biosfera de la Tierra (incluyendo la Humanidad) como un sistema autoorganizativo. Por lo tanto “ninguna parte del sistema cibernético puede tener un control unilateral sobre el conjunto o cualquier otra parte”. Esta ley de la Cibernética sirve no sólo para los intentos humanos de controlar la naturaleza, sino también para los individuos y grupos sociales que, por diversas razones, desean cambiar la conducta de otros.

2. El anhelo del retorno

“Antes de ser inmigrante, se es emigrante; antes de llegar a un país se ha tenido que abandonar otro, y los sentimientos de una persona hacia la tierra que abandona nunca son simples. Si se va es porque hay cosas que rechaza: la represión, la inseguridad, la pobreza, la falta de horizontes. Pero muchas veces ese rechazo está acompañado por un sentimiento de culpabilidad. Hay personas cercanas a las que siente haber abandonado, una casa en la que ha crecido, tantos y tantos recuerdos agradables. Hay así mismo lazos que persisten, los de la lengua o la religión, y también la música, los compañeros de exilio, las fiestas, la cocina.

Paralelamente, no son menos ambiguos sus sentimientos hacia el país de acogida. Si se ha ido a vivir a él es porque espera hallar allí una vida mejor, para sí mismo y para los suyos; pero junto a esa esperanza ve con recelo lo

desconocido —porque la relación de fuerzas es desfavorable para él; teme verse rechazado, humillado, está muy pendiente de toda actituda que denote desprecio, ironía o compasión”. (Maalouf, Pp. 52-53)

La mayoría de las personas que emigran de su país de origen, de forma forzada ó involuntaria, anhelan volver más pronto ó más tarde. Por muy penosas que hayan sido las condiciones de vida del pasado, el recuerdo las suaviza hasta idealizarlas. Se conserva en la memoria los buenos recuerdos, mientras que los malos momentos son arrinconados en el cuarto oscuro del olvido.

Si este sentimiento se cultiva, puede llegar a crear personas ausentes, que se nieguen a aprender el nuevo idioma del país de adopción ó que constantemente estén comparando las costumbres, comidas, ritos y fiestas que se celebran en su alrededor con una versión idealizada de su tierra vernácula. Si no se ha logrado una independencia de la familia que se dejó ó, como suele suceder, la familia se encuentra desmembrada a causa del flujo migratorio, el recuerdo constante de la parte que falta dificulta enormemente la adaptación al nuevo medio.

BOOS P., describe de forma muy nítida y personal el drama que asola a estas personas inadaptadas y a los que se encuentran a su alrededor.

La aceptación antropológica de este hecho, como parte del ciclo natural que está lleno de nacimientos y muertes, disminuye la ansiedad que estas pérdidas provocan; sobre todo cuando se clarifica que es lo que se ha perdido y qué se conserva; lo cual permite salir del atolladero existencial que supone el perpetuo anhelo de los seres queridos que se dejaron en su tierra natal y el abandono de los que conviven bajo el mismo techo.

En sintonía con mi pensamiento, Jorge Brusca, psicólogo argentino de origen siciliano, afirma sobre que es tan comun en Argentina el reconocimiento de la inmigración, que se dice en chiste que los argentinos no descienden del mono sino de los barcos. Lo cierto es que en muchísimas ocasiones he escuchado la ternura con que prósperos profesionales de hoy recordaban a sus abuelos analfabetos, pastores o mineros del norte de España, o sacrificados pescadores y campesinos del sur de Italia, o

comerciantes perseguidos por ser judíos, del centro de Europa. Todos conocían historias de despedidas dolorosas en los puertos de Génova, Marsella o Barcelona, viajes hacinados en clases de tercera en barcos donde se tejieron historias fantásticas de ilusiones en el nuevo mundo. Luego la inserción en una sociedad que no siempre los recibía bien, con desconocimiento del idioma, buscando sus paisanos en las agrupaciones de cada barrio donde se juntaban a hablar en sus idiomas de origen, cocinar, cantar y bailar como en sus tierras. He escuchado a muchos, orgullosos de sus antepasados inmigrantes y cuidadosos de no olvidar el sacrificio que hicieron. Otros en cambio renegaban de sus orígenes, silenciándolos o transformándolos en antepasados nobles. Pero desde mediados del 1800 hasta mediados del 1900, la Argentina era una buena oportunidad. Ahora, cuando veo las largas colas de jóvenes en las embajadas de España e Italia para emigrar a los países de donde vinieron sus abuelos me pregunto ¿Qué hicimos los argentinos?. Sería injusto adjudicar la responsabilidad a todos.

Algo que he encontrado en casi todos los relatos de los hijos y nietos de inmigrantes es una nostalgia de la tierra abandonada. Hay quienes dicen que el tango es un resumen de esa nostalgia, con el aire melancólico del malevo, casi siempre abandonado o engañado por sus amores, o en actitud maniaca, peleadora y vengativa que lo hace oscilar entre la melancolía y la paranoia. En los años de prosperidad, que fueron muchos, la nostalgia del terruño hizo que muchos inmigrantes repararan su pérdida ayudando a los parientes de ultramar o trayéndolos a Argentina.

Aún cuando la adaptación al medio sea plena, siempre existe un sentimiento ambivalente y nostálgico acerca de la tierra que le vio nacer. En Oaxaca, mientras me baño en la pileta de un lujoso hotel, ubicado en una antigua misión colonial, converso con un joven neurólogo mexicano. Me habla con entusiasmo y pasión de su país, que yo comparto ya que estoy dedicando mis vacaciones para visitar la riqueza cultural, arqueológica y humana de México y Guatemala. Todos los detalles acerca de su país traslucen admiración, conocimiento, deseo y añoranza. Ambos esperamos a nuestras compañeras que están de vacaciones. Él ha venido a un Congreso y dentro de unos días se vuelve a Estados Unidos con su esposa

e hija. Cuando llegan ambas observo, no sin sorpresa, que la madre es una esbelta mujer oriental, norteamericana de segunda generación. Viven en el Sur de Estados Unidos y trabajan los dos. Ingenuamente le pregunto por qué no se vuelve a México, ya que tanto le gusta. Me contesta sonriente que si lo hiciera, no podría alojarse en este lujoso hotel, ni vivir como vive en Estados Unidos. Se hace el silencio y nos despedimos amablemente.

La siguiente escena transcurre a bordo de uno de los múltiples "camiones" que surcan la ruta entre Oaxaca y Mitla, la cual está jalonada de restos arqueológicos zapotecas y mixtecas, como Dainzú, Lambityeco y Yagúl, además de la propia Mitla. Dedicamos dos días a conocer la zona y preferimos el transporte local a las comodidades para turistas de paso. Por las mañanas desayunamos en las fábricas de chocolate con unos riquísimos bizcochos que compramos en las tahonas vecinas al mercado. Los minibuses llevan las rutas pintadas en los cristales y siempre tienen un acompañante que, a voz en grito, canta la ruta, para que los analfabetos no se pierdan. Las múltiples paradas, en cualquier desvío, convierten el viaje en un observatorio antropológico. Los campesinos utilizan este transporte, tan cómodo y flexible, para realizar sus transacciones en el mercado de Oaxaca; así que llevan consigo voluminosas cestas, animales y toda clase de productos para comprar y vender. En uno de los múltiples trayectos me siento con un campesino joven y conversamos. Me dice que en este paraíso, así lo parece desde el Observatorio del Monte Alban, de eterna primavera la gente pasa mucha necesidad. Hay poca tierra a disposición de los campesinos y la gente abandona el campo para emigrar a la inmensa ciudad que es México D.F., la cual alberga casi la mitad de la población del país. Me dice que estuvo 4 años allá. Vivía en un barrio de chabolas, de los muchos que rodean D.F. Tardaba hora y media en llegar a su trabajo de mesero, camarero, en el centro. La vida era muy difícil. No disponían de agua corriente, la pobreza de alrededor era terrible. La gente, incluidos los niños de su medio, tomaban mucho pulque, que es un licor de baja graduación proveniente del ágave, especie de cactus muy abundante en México, ya que es más barato que la leche. El alcoholismo y la drogadicción generan una gran insolidaridad y violencia. Él echaba de menos la claridad y pureza del ambiente de Oaxaca, se ofuscaba con las prisas y no soportaba los

apretones y empujones que sufría de continuo. Trabajaba casi 12 horas diarias y lo que ganaba apenas daba para subsistir. Al segundo atraco, en el que le robaron su paga semanal, decidió volver a su tierra natal. Ahora cultiva unas pocas tierras, cedidas en arriendo por el gobierno regional y viene de la clínica local donde su mujer ha dado a luz a su tercer hijo. Gana menos dinero que en D.F. pero es más feliz en el paraje de sus antepasados que en la hostil capital.

3. La impostura y el desencuentro

Desde los países deprimidos económicamente, se vislumbran los prósperos como un espacio de riqueza, pleno empleo y de fácil adquisición de bienes. En ellos se encuentra todo lo que se desea al alcance de la mano. Esta visión paradisíaca se funda en los anuncios televisivos, cuando tienen acceso, y sobre todo en los artículos de lujo que los emigrantes portan y exhiben cuando vuelven de vacaciones a sus países. Grandes berlinas, joyas, relojes, prendas de marca, etc. y sobre todo las cantidades ingentes de dinero que gastan durante los 15 ó 20 días de vacaciones que pasan en sus lugares de origen.

Para sus paisanos este derroche tiene un "efecto llamada" poderoso. Curiosamente, pocos se preguntan sobre las condiciones de vida de sus compañeros el resto del año. Generalmente hacinados, en viviendas tan insalubres como las que dejaron, trabajando hasta 14 horas diarias, comiendo para subsistir y durmiendo poco. Apenas usan las distracciones del primer mundo, bien porque la barrera idiomática es infranqueable ó sencillamente porque han emigrado para ahorrar lo más posible y enviarlo a su país ó gastarlo cuando vayan de vacaciones.

Si alguna persona prudente les pregunta a los emigrantes sobre su forma de vida en el país de destino, la contestación suele parecerse de nuevo al paraíso que... ven allí por la televisión. Todo está lleno de posibilidades de enriquecimiento y allí sí que hay vida, no como en mi país que todo está desordenado y muerto. Todo es perfecto y bien organizado, no como en mi tierra, donde los gobernantes son unos ladrones y los empresarios no dejan de explotarte. El dinero corre a raudales, es un sitio seguro, donde no te asaltan por las calles, etc.

Cuando los que emigran buscan un trabajo mejor remunerado y tienen un programa de retorno perfilado, no suele existir la ostentación de la que hablo. Sin embargo, no es difícil observar los hechos descritos, que en España sucedieron durante la época de la autarquía franquista, con la emigración a Alemania durante los años 1960 y 1970, que produjo un aumento considerable de divisas.

Si resalto este espejismo es porque causa mucho estrés en las familias que se desplazan con estas premisas. Sobre todo si lo que existe detrás es un engaño mutuo basado en las apariencias, que ocultan los sentimientos de frustración ó fracaso e impiden llegar a un encuentro cooperativo recíproco que favorezca una mejor integración al nuevo medio.

Así les pasó a una joven pareja de 30 años de un país centroamericano. Acude primero Perla demandando una Interrupción Voluntaria del Embarazo. Refiere tener una hija de 5 años y se encuentra embarazada de 6 semanas de su pareja, que lleva sólo 2 meses en España en situación ilegal y sin trabajo. Ella "tiene papeles" y trabaja en hostelería. Con ese dinero mantiene a su familia y paga un préstamo a su madre para que no le embarguen la casa materna.

No quiere que su esposo sepa el motivo de consulta porque ya antes de estar embarazada había decidido separarse de él y, además, no puede continuar con su trabajo y un hijo más. En su país él "tomaba", bebía alcohol, y le maltrataba. Ella se vino hace un año y por teléfono creyó que había cambiado. Le pagó el pasaje y ahora sigue "tomando". Ha llegado a intentar estrangularla, habiendo recibido amenazas con un cuchillo.

Un mes después Caín, esposo de Perla, solicita una consulta por problemas de pareja. Acude él sólo y no quiere que ella se entere. De nuevo observo la impostura de forma especular.

Desea sentirse seguro de lo que es, rehacer su vida y luchar por su esposa y olvidarse de lo anterior. Se siente culpable por lo que ha hecho a su mujer. "Ella es una gran mujer, yo tengo la culpa de todo. Me siento inferior a los otros hombres". Cree que ella había venido a consulta por depresión.

Refiere que desde su infancia ha dado mucha importancia al tamaño del pene, en función de

unos comentarios de una tía que describe como ninfómana. Desde los 16 años ha mantenido relaciones estables con mujeres y de forma paralela con "amantes" casadas que siempre hablaban de la infelicidad con sus maridos. Hace 6 años conoció a Perla, estaba embarazada, meses después volvieron a encontrarse y le dijo que fue un embarazo de su primera relación y que nació muerto. Después de salir unos meses le contó que tuvo dos parejas, estuvo 6 meses con cada una, la primera estaba casada y la otra le dejó al quedarse embarazada de su hija.

Tras dos años de convivencia empezó a "tomar" en exceso. Siempre se comparaba con las relaciones que ella mantuvo de soltera. Caín manifiesta que nunca dejó de tener relaciones sexuales con casadas, aunque eso sí, siempre quería a su esposa.

Ambos disfrutaban de una posición estable, a pesar de la economía del país. Ella trabajaba en una oficina de secretaria y él poseía un camión.

Caín conoció a otra chica con la que intensificó sus relaciones de amante y se propuso venir a España. Fingió un atraco al camión y la consiguiente ruina económica y Perla emigró sola ilegalmente a España. Tras un año de estancia pudo retornar con contrato de trabajo y después llegó él. Constantemente preguntaba a Perla si había tenido otra relación. Ella confesó que sí, pero deseaba olvidarlo. Él se abrió también y ambos decidieron perdonarse. Sin embargo Caín no olvidaba y prosiguió el asedio hasta que ella le confesó su auténtico "calvario". Cuando llegó a Madrid se fue a vivir con unas compañeras. Mientras hubo dinero no existieron problemas. Enseguida se acabó "la plata" y trabajos remunerados no había para gente "sin papeles". Sus compañeras le dijeron que si deseaba dinero les acompañara. Durante dos meses y medio se prostituyó para conseguir el dinero para los pasajes de los 3, el alquiler de la casa donde viven y el contrato de trabajo.

Caín aumentó el consumo de alcohol y los malos tratos. Mientras tanto buscaba trabajo sin éxito. La situación llegó a un límite que él decidió autodenunciarse para que le retornaran a su país. Cuando iba al autobús, ella le fue a buscar con su hija para que volviera.

Demanda ayuda porque durante la búsqueda

infructuosa de trabajo se encontró un hombre muy amable en el autobús, que se interesó mucho por él. Pasaron la tarde juntos y el señor le propuso darle dinero a cambio de tener relaciones sexuales con él. Así se dio cuenta de lo que Perla había pasado y ahora está decidido a cambiar.

En este caso el drama parece acabar bien, pero la vida continúa.

En otro ejemplo, Ana, española, 35 años, se pregunta porque Iván, eslavo, 23 años, ha mantenido relaciones con ella durante los meses que ha estado trabajando en el campo en España y, finalmente, no se ha comprometido en la relación. Titulada Superior, con una gran perspicacia, se enamoró de tal manera del joven, que no pudo ver que él bebía en exceso y que la relación le creaba a Iván un inmenso conflicto de lealtades con su novia, que finalmente le dejó. Tampoco comprendía que sus maneras corteses, amables y delicadas, contrastaran con la frialdad afectiva de otros momentos. Sólo después de pasar por la ruptura obligada pudo entrever que las diferencias culturales entre su medio en España y una aldea eslava eran insalvables. Si se unía a Ana se desligaba de su vida de campesino rumano que se debe casar con una campesina, con la consiguiente pérdida de seguridad en su destino, marcada por la tradición y las costumbres patriarcales de la familia amplia a la que él pertenece.

Este segundo ejemplo marca las barreras humanas que se producen en el trasiego temporal de seres humanos para realizar las tareas más penosas del campo. Hace unas décadas, los españoles íbamos a Francia durante la vendimia y ahora vienen los eslavos a los cultivos de la huerta ó los marroquíes y subsaharianos a los cultivos extratemperanos en el sur de España.

4. Por una civilización sustentable

Si tuviera que salvar sólo una de las aportaciones del impulsor de la Cibernética, coincido con los promotores de Visión Global, porque es la visión del mundo como una globalidad de sistemas en interrelación lo que me parece más novedoso. Es más, este punto de vista, que parece opuesto a los movimientos antiglobalización, es el que puede convertir nuestro planeta en un lugar vivible, donde los humanos no se

fagociten entre sí y creen las condiciones para convivir con los demás seres vivos.

“El mito del poder, es un mito muy poderoso, y probablemente mucha gente cree más o menos en él. Pero es una laguna epistemológica y lleva a toda clase de desastres. Si continuamos operando en términos del Dualismo Cartesiano de Espíritu frente a Materia, probablemente llegaremos a ver el mundo en términos como: Dios frente al hombre, elite frente al pueblo, raza elegida frente a los otros, nación contra nación y ser humano frente al medio. Es dudoso que puedan permanecer mucho unas especies que mantienen una avanzada tecnología y esta extraña forma de ver el mundo... donde prima la lucha frente al acoplamiento y la cooperación.

El conjunto del pensamiento acerca de lo que somos y lo que otros son tiene que ser reestructurado. No es divertido y no sé cuanto tiempo tendremos que hacerlo. Si continuamos operando con las premisas que se llevaron durante la época Pre-Cibernética, que fueron desarrolladas durante la Revolución Industrial, la cual parece que validó la unidad de sobrevivencia Darwiniana, es posible que en 20 ó 30 años la lógica de *reductio ab absurdum* de nuestras viejas posiciones nos destruya. Nadie sabe cuando tendremos, bajo el presente sistema, algún desastre, más serio que la destrucción de un grupo de naciones”

Ahora, considera los movimientos mundiales por la paz, sustentabilidad, salud, derechos humanos, justicia social, etc. desde esta perspectiva. Nuestra aproximación esta limitada por los intentos de control de los síntomas de nuestra enfermedad global, puesto que todos intentamos modificar la conducta de quienes percibimos responsables de problemas que deseamos resolver. Esta vía de pensamiento Pre-Cibernético refuerza la escisión de la humanidad en grupos complementarios antagonistas: ecologistas frente a polucionadores, pacifistas frente a la industria del armamento, negocio público frente al privado, activistas de los derechos humanos frente a los fascistas, progresistas frente a los conservadores, partido político A frente a partido B, fundamentalistas religiosos frente a sus enemigos, terroristas de izquierda frente a terroristas de derechas, “nosotros” contra “el sistema” y viceversa!. Enormes cantidades de energía, dinero y tiempo – intentando hacer las cosas mejor –

son gastadas por ambos lados en un proceso mutuo de cancelación de los antagonismos complementarios, aunque la situación actualmente sigue empeorando.

Los problemas globales no están separados los unos de los otros, ni del conjunto de la Humanidad, la cual necesita resolverlos antes de que sea demasiado tarde. En 1998, había 6 billones de personas, cada una es parte del conjunto interconectado de la Biosfera-Humanidad-cultura-tecnología que constituye el “Sistema” en cuestión y que nos incluye a ti y a mí, y también a todas nuestras asunciones inconscientes, expectativas y creencias.

Como dijo Bateson:

“¡Desear el control es la patología!. No porque lo consiga, porque no se puede... El hombre es sólo una parte de sistemas más amplios y la parte no puede controlar el todo...”

El problema es que transmitir nuestro razonamiento ecológico a aquellos que desean influenciar, de forma que lo hagan en una correcta dirección ecológica es en sí mismo un problema ecológico”.

Para ello recurro a la idea del Tao Te Ching de armonía con la naturaleza y a su concepción de “Crisis” como “peligro” y como “oportunidad”.

La filosofía de Bateson propone una descripción global de las crisis, de forma que estas revelan oportunidades para acciones no adversarias que son más eficaces en sanar la fuente subyacente del problema, que muchos esfuerzos por controlar los síntomas que producen. Este modo de pensar puede parecer ingenuo, pero más simple es pensar que esfuerzos antagónicos en la acción política van a resolver nuestras crisis. Intentar alcanzar el control de los síntomas de la problemática del mundo, como si fuese una lucha entre adversarios, es mucho más costoso, menos efectivo y divertido que animar a la gente para que vean lo que pueden hacer ellos por sí mismos para marcar una diferencia.

El cambio es llegar a ser más consciente acerca de los efectos escondidos de nuestras percepciones y acciones, que viajan en una geometría global sinérgica de circuitos de comunicación con un sistema más amplio del que nosotros formamos parte. Bateson expresó la esperanza de que si llegamos a ser más

conscientes de nuestra conectividad, puede emerger nueva información que cambiará el sistema más amplio.

"Hay algo llamado aprendizaje en los pequeños niveles de organización. En un nivel más alto, al aprendizaje lo llamamos evolución".

Tener presente todos estos hechos puede llevar a intentar lograr una Civilización Sustentable, que permita a los seres humanos "satisfacer las necesidades de la generación presente sin comprometer el derecho de generaciones futuras a satisfacer sus propias necesidades".

O'CALLAGHAN M. en The pattern that connects the world to our own way of seeing it, 1999-2000 en <http://www.global-vision.org/bateson.html>.

MAALOUF A. Identidades Asesinas, Madrid, Alianza, 1999. (Traducido de la V.O. de 1998 por Fernando Villaverde)

Bibliografía

BATESON G. Espíritu y Naturaleza, Amorrortu, Buenos Aires, 1ª reimp. 1990. (P. 204) (Traducido de la V.O. Mind and Nature. A Necessary Unity de 1979 por Leandro Wolfson)

BOOS P. La pérdida Ambigua – Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado, "Grupo Psicología, Colección: Terapia Familiar, Código 141630, Gedisa, Barcelona, 2001 (P.142) (Traducido de la V.O. de 1999 por Isabel Campos Andrados)

BRUSCA J.M. "Emigración en Argentina". Comunicación personal por internet, como apostilla a ésta comunicación. Buenos Aires. 2002.

ESPINA BARRIO J.A. Psicodrama: Origen y Desarrollo, Colección Psicología, Vol. 31, Amarú, Salamanca, 1995 (P. 216).

ESPINA BARRIO J.A. "Psicoterapia del Duelo Patológico y las Enfermedades Graves" en NAVARRO J., FUERTES A. y UGIDOS T. Prevención e Intervención en Salud Mental, "Colección Psicología Nº 41", Salamanca Amarú, 1999 (Pp. 369-381)

ESPINA BARRIO J.A. "Brief Psychodrama and Bereavement" en KELLERMAN y HUDGINS Psychodrama with Trauma Survivors – Acting our your Pain, London y Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers, 2.000

GLOBAL VISION CORPORATION Introducción a Visión Global – Communicating Sustainability, 1999-2000 en <http://www.global-vision.org/indexSP.html>

4.1.2. Mujeres inmigrantes y psicodrama: El grupo como lugar de encuentro

Ana M^a Fernández Espinosa

Directora Psicodramática. Profesora Técnica de Formación Profesional, especialidad de Procedimientos sanitarios y asistenciales.

Esta comunicación se la dedico a Pablo Población y José Antonio Espina, mis iniciadores y maestros en Psicodrama. También a Montse Hernández Pérez, del Proyecto de inmigrantes de Cruz Roja de Salamanca, por haber confiado en este proyecto.

1. Introducción

En un momento en el que tuve oportunidad por mi relación previa como colaboradora de otra actividad, en una O.N.G. (Cruz Roja Española), le propuse a la responsable del proyecto de inmigrantes la posibilidad de hacer un grupo de Psicodrama, coincidiendo con que ya tenían constituido uno de las características que yo quería encontrar: mujeres inmigrantes. En aquel momento yo no tenía la comprensión emocional de por qué yo deseaba en ese momento que se tratase de mujeres inmigrantes. Fui comprendiéndolo con el transcurso del grupo. Yo prefería que fuesen adultas, de un margen de edad parecido, descartando a niñas o ancianas.

Yo partía de que el psicodrama, modelo de abordaje en el trabajo de las relaciones humanas, puede ser un medio apropiado para favorecer la integración personal, el establecimiento de nuevas relaciones positivas, y la disminución de la soledad y el aislamiento, lo que en último extremo podría conducir a una mejor adaptación en el ámbito social.

Con todo ello, si esto fuera así, se estaría incidiendo en el mantenimiento y /o mejoría del nivel de salud mental como concepto amplio, y en la prevención de patologías (relacionadas con el aislamiento, la falta de comunicación, el desconocimiento de recursos, etc.)

Creía también que el compromiso con el grupo podría mantenerse de forma gratuita (es decir, sin que existiera la obligación de pago mensual o semanal), si las personas asistentes sintieran que les servía, y lo encontrasen útil.

Pero tenía una gran incertidumbre, pues toda Institución tiene una serie de normas, a veces rígidas, y no sabía si podría estar cómoda en ese lugar, entre la institución..... y..... con el grupo.....y con mis propios intereses y circunstancias.

2. Descripción del proceso grupal

El grupo de mujeres había existido ya el curso escolar anterior.

Se reunían la tarde de los viernes, de octubre a junio. La asistencia había sido muy fluctuante, y en varias ocasiones hubo que llamar por teléfono a las mujeres para recordarles la próxima actividad.

Realizaban actividades de tipo cultural o lúdico que habían solicitado ellas, como: Taller de bailes, clases sobre algún aspecto de la sexualidad, clase de primeros auxilios, taller de cocina, taller de relajación, alguna visita cultural, etc.

a) Encuadre inicial

Se propuso a las mujeres participar en la experiencia, para lo que les conté qué era el Psicodrama, cosa que intenté hacer de forma sencilla, insistiendo en las ventajas que podían obtener, como encontrar apoyo en grupo, trabajar dificultades personales, etc.

Aceptaron participar, y acordamos alternar un viernes de Psicodrama y otro de actividades diversas. Las personas que coordinábamos las diferentes actividades teníamos la consideración de voluntarias para la Institución, que facilitaba el espacio, la organización, los medios materiales necesarios y la supervisión global del proyecto.

El tiempo de cada sesión era de 2,30 a 3 horas (aunque el teórico era de 2 horas).

Les pedí asistencia regular y pidieron ser un grupo abierto.

Entre las peticiones y/o condiciones iniciales que yo había hecho, estaban, además del compromiso de asistencia regular, el de respetar la intimidad de cada una y guardar secreto grupal. El grupo desde el principio permitió un clima de confianza, acogimiento, aceptación y ayuda.

Se desarrolló desde enero a junio.

Una o dos voluntarias se hacían cargo de los hijos/as de estas mujeres, que no tenían con quién dejarlos mientras ellas participaban del grupo.

El primer día hubo una gran asistencia, estuvieron presentes 22.

Cuando ya comenzamos, en la primera sesión respondieron a un pequeño cuestionario personal inicial.

De él extraigo los siguientes datos generales:

- Edades: entre 30 y 40 años principalmente
- Nacionalidad: colombianas, uruguayas, brasileñas, chilenas, argentinas, etc, y ocasionalmente alguna rumana.
- Formaciones iniciales: estudios primarios aproximadamente la mitad; el resto estudios secundarios, y algunas licenciadas.
- Profesiones: maestra, secretaria, diplomada en empresariales, psicóloga, y el resto sin profesión cualificada.
- Trabajos actuales: asistencia a ancianos y limpiezas en casas.
- Familia, estado civil : la mayoría casadas y con hijos.
- Expectativas ante la actividad: la mayoría buscaban apoyo, compañía, aprender a convivir mejor con los otros, amistad y compañía, etc.

b) Metodología

En la mayor parte de las sesiones comenzaba por un juego, o un ejercicio, que era una propuesta mía. Su selección la hacía de acuerdo a mi percepción sobre la situación del grupo, en cuanto a mi valoración del momento grupal en lo que me es muy útil la teoría evolutiva de los grupos de Pablo Población.

Hay propuestas de juegos y ejercicios en varios textos muy útiles, uno de este mismo autor, en el que se describe con mucha claridad no sólo el contenido, sino también sus objetivos, momento de aplicación, etc. Estas propuestas naturalmente no se deben tomar al pie de la letra, pues cada grupo y cada situación son únicas y se trata de estar en el aquí y ahora de ese momento, y no de aplicar una "conserva cultural" (en el sentido Moreniano).

Yo solía anotar previamente algunas ideas (en cuanto a técnicas) sobre la sesión, y la decisión final sobre la propuesta la tomaba ya en el grupo directamente en la sesión, o bien dado a elegir entre varias opciones.

Entre otros, para el caldeamiento inicial se emplearon: técnicas de presentación, el juego del lazarillo y el ciego, ejercicios de confianza grupal, un viaje en barco, técnicas corporales (caminar evitando tocarse o chocándose,...sin hablar o hablando, ...).

Generalmente en todas las sesiones el caldeamiento fue grupal, excepto en alguna ocasión en la que una persona demandó que se le escuchara.

En la mayor parte de las sesiones, el protagonista de las sesiones fue todo el grupo, pues la atención recayó sobre todos los miembros, a partir de los ejercicios de caldeamiento inicial. En algunas otras hubo una protagonista que lo demandó desde el principio, y que contaba con la atención del grupo.

Según el esquema conocido en Psicodrama de las fases de una sesión, se sucedían caldeamiento, dramatización (cuando la había expresamente) o no, y siempre eco grupal final, desde lo personal, con un sentido de compartir y de, a partir de ahí, exponer salidas o recursos propios a situaciones o vivencias comunes.

Un elemento común del comienzo de las primeras sesiones fue el mucho tiempo que se

consumió en hablar de sus "papeles", del proceso de regularización de su situación legal, y de su necesidad de asesoramiento a ese nivel, así como a su necesidad de encontrar trabajo y a las malas condiciones laborales de lo que encontraban. Me pareció significativo, pero yo no lo percibía como resistencia, sino como algo realmente importante (más o menos agobiante según que personas) en su contexto vital actual. En este sentido yo tuve que aprender, con desasosiego y vergüenza, cuales son los pocos recursos sociales con los que cuentan estas personas.

En este clima hablaron con libertad de su vida pasada y presente, actuaron en las escenas con naturalidad, aceptándolo fácilmente como juego imaginario, en su "aquí y ahora", lloraron, rieron, compartieron sentimientos, expresaron afectos y no sólo con palabras, sino también a través del contacto corporal.

Crearon una matriz grupal acogedora y cálida. Entre ellas establecieron vínculos fuertes y comenzaron a establecer relaciones fuera del contexto de grupo de psicodrama. Esto aumentó en las últimas sesiones, en las que hubo mucha dificultad para elaborar la despedida, y una unánime petición de continuidad en el próximo curso.

Esta situación lo que confirma, desde mi punto de vista es la utilidad de este recurso como medio de encuentro, y como puente-nexo de comunicación entre diferentes personas provenientes de diferentes culturas, entre lo considerado propio y lo ajeno, entre lo conocido y lo extraño.

Las escenas que dramatizaron, se referían a vivencias de soledad y aislamiento, a la extrañeza y rechazo de los vecinos, la dificultad de autoafirmarse ante los jefes, la dependencia / independencia en las relaciones familiares (con la madre), la despedida imaginaria a un proceso de duelo no resuelto, el conflicto entre regresar a su tierra o permanecer aquí,...

Además dedicamos una sesión a la exploración y definición del hecho y las vivencias en torno al hecho de la emigración: hicieron una relación de palabras clave para cada una de ellas; después las comentaron y se colocaron por parejas o grupos por afinidades y coincidencias; lo expresaron de manera plástica, con cartulinas de colores y pinturas; y finalmente lo expresaron como escultura.

Y a lo largo de todo este proceso yo fui comprendiendo con qué tenía que ver esta elección mía de aplicación de psicodrama. Fui concretando más mi comprensión emocional sobre un hecho recurrente durante un tiempo de mi historia personal, que era el de no haber vivido en el lugar de origen, el de un desarraigo bien conocido por mi propia trayectoria vital.

Esto a mí me explica y recuerda que el Psicodramatista es una persona, para mí, un miembro más del grupo, aunque privilegiado por ser conocedor de la herramienta que va a utilizar, que está presente con todo su ser, incluidas sus emociones y su propia historia personal, y que el transcurso del trabajo grupal también le permite tomar más conciencia de sus propios contenidos personales, seguir elaborando aspectos y/o añadir otros matices a lo ya conocido, como un elemento más... inmerso en el sistema creado.

c) Evaluación final

A lo largo del proceso se consolidó un grupo "estable" (10-12) y entre 3-7 de asistencia irregular.

1.- Al final de la experiencia les pedí que rellenasen un cuestionario que recogía una valoración numérica de 1 a 5 sobre los diversos aspectos de la experiencia, para adecuarlo al futuro en lo posible.

Además incluía sugerencias y observaciones.

El resultado es para todas positivo y destacan comentarios como:

- Objetivos que tuvo para ti:
 - Compartir los mismos problemas.
 - Integrarme con personas semejantes.
 - Participar.
 - Encontré más de lo que esperaba.
 - Crecí como persona.
- Sugerencias:
 - Más tiempo.
 - Continuar con el grupo.
 - Trabajar mucho más.
 - Más días de grupo.

Además del cuestionario se verbalizaron diferentes comentarios respecto a la utilidad del grupo para ellas.

2.- Se realizó también una valoración del grupo y de la actividad con los responsables del

proyecto, resultando muy positiva de forma global en la que destacó la mayor asistencia y regularidad en el grupo (respecto al curso anterior) y la constatación por ellos a través de las entrevistas individuales habituales.

3.- Mi propia valoración final fue de ver un grupo con un buen nivel de relación, que había trasladado "fuera" a su vida cotidiana, la red de apoyo creada dentro.

De esta forma para mi se confirma que el Psicodrama es un instrumento excelente para promover en un grupo el encuentro, a través de las vivencias compartidas de los aquí y ahora en común, desde una posición de igualdad, y donde uno no se siente tan solo en el tránsito a la adaptación, y en la resolución de sus crisis.

3- Conclusiones

1. El Psicodrama grupal es un vehículo excelente para la creación y dinamización de un grupo de ayuda, que tenga como objetivos el desarrollo y/o crecimiento personal.

Esto en sí mismo se convierte en un recurso de prevención, bien primaria o secundaria.

Y además, y tratándose de inmigrantes, facilita la integración.

En este sentido reafirma y coincide en esta línea Marcela Bravo Goñi, del Centro Transcultural de la Dirección Regional de Salud de Estocolmo (Suecia).

A partir de su comunicación "Riesgos del proceso migratorio para la salud del inmigrante y su familia" (presentado en el curso del verano 2003 en la Universidad de San Sebastián) establece en el proceso migratorio varias fases orientativas: la primera la de toma de conciencia de la necesidad de marcharse; la segunda la de huida o ruptura; periodo de espera hasta la legalización; situación de nuevo residente.

Considera este proceso como crisis psicosocial prolongada, que interrumpe y detiene el proyecto vital. En este proceso identifica vivencias de pérdida masiva, con exigencias de adaptación, y sentimiento de duelo, frustración, culpa, fijación nostálgica (nostalgia acentuada que sobrevalora el origen).

En "Métodos de trabajo social para apoyar y facilitar el proceso de integración de los refugiados a la sociedad", constata la necesidad de implantar métodos distintos a la psicoterapia asistencial, por el pequeño porcentaje de personas a las que llegaba. Por ello ha organizado "los círculos de contar la vida", en el ámbito de la prevención primaria, con grupos y asociaciones de inmigrantes.

Siempre en el grupo, utiliza el relato del proceso migratorio con la experiencia del ser nuevo en ese lugar; y el proceso de integración.

Como objetivos de esta metodología señala:

- Prevenir la fijación nostálgica.
- Fortalecer roles.
- Facilitar estrategias de integración.

2. El elemento del "pago del dinero" es totalmente prescindible, pues puede contarse con un grupo estable que aprecia los beneficios de la experiencia. Es un interés totalmente legítimo por parte del psicodramatista como pago a su trabajo, pero no es la única garantía de compromiso para los participantes, ni de éxito, entendiendo esto como rentabilidad personal (para el Psicodramatista), en la experiencia.

3. La relación entre institución - grupo - psicodramatista es perfectamente compatible, en cuanto que la Institución atrae y atiende en general a todo tipo de personas desfavorecidas socialmente, con lo que la captación del grupo se produce fácilmente.

Existe una relación de "rendir cuentas" y de exigencia en un sentido, pero también de respaldo y facilitación general.

El grupo tiende a considerar a la Institución como dadora y matricia, pero desde mi punto de vista, al evolucionar con la experiencia, se les puede pedir a los propios participantes, que actúen roles de dinamizadores, e implicarles en una red más amplia de apoyo.

Y termino citando un párrafo de la comunicación de Pablo Población al I Congreso Iberoamericano de Psicodrama, que coordinó Elisa López Barberá (1997), cuyo título era "¿Diversas culturas una misma escena?" y que trataba sobre el mismo título de otro congreso previo del año 1996 en La Coruña (coordinado por Marisol Filgueira). El párrafo seleccionado expresa:

.... "que diferentes culturas implican diferentes escenas, y que la dramatización es el camino o vía privilegiada para el encuentro, la comprensión y el entendimiento... Y en lo más hondo sí parece que hay una misma escena: una escena que remite a lo más primigenio, a las necesidades emocionales básicas del ser humano... Las modos vinculares que tienen que ver con la acogida, la confianza, la aceptación,... El encuentro remite a aquellas necesidades vitales comunes, profundas y primarias... Así podemos hablar de diversas culturas una misma escena.

Desde aquí nuestra posibilidad privilegiada de psicodramatistas, que nos permite acceder a niveles de intimidad con un paso directo y sin aduanas, y donde está la verdad de nuestro lema... y nuestro trabajo aparece como una hermenéutica entre las diversas culturas, un camino simultáneo de traducción, interpretación, comprensión y encuentro entre los seres humanos"

Bibliografía

"¿Diversas culturas una misma escena?". Pablo Población Knappe. I Congreso Iberoamericano de Psicodrama. Salamanca 1997.

"Percibir al otro: sensibilización al trabajo con emigrantes". Danilo Ubrí Acevedo y Susana Baer Miseses. XII Reunión nacional de la AEP. "Diversas culturas una misma escena". 1996.

"Nosotros, vosotros, ellos. Perspectivas psicosociales y programas de actuación". "Riesgos del proceso migratorio para la salud del inmigrante y su familia". Marcela Bravo Goñi. Centro Transcultural de la Dirección Regional de Salud de Estocolmo, Suecia. 2003.

"Teoría y práctica del juego en psicoterapia". Pablo Población Knappe. Fundamentos. 1997.

"Introducción al Role-Playing pedagógico". Elisa López y Pablo Población, Desclée de Brouwer. 2000.

"Psicodrama. Nacimiento y desarrollo". José Antonio Espina Barrio,. Amaru .1995.

"La escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia". Elisa López y Pablo Población. Piados. 1997.

"Las bases de la psicoterapia". Jacob Levy Moreno. Hormé. 1977.

"Psicodrama". J.L. Moreno. Hormé. 1978.

"Información del módulo de formación sobre inmigración, para voluntarios del Proyecto de inmigrantes de Cruz Roja de Salamanca"

Comunicación personal de Mónica Castellanos Sánchez, Ana Calvo Peix y Montse Hernández (Técnicos del Proyecto de inmigrantes de la Cruz Roja de Salamanca).

4.1.3. Conflictos en la inmigración

Fernando Domínguez Inchaurredo

1. Comencemos con estadísticas

Cantidad de inmigrantes en España, con permiso (cifras de 2000)

- Según Ministerio de Interior

| | |
|------------------|----------------|
| Magrebíes | 200.000 |
| Negros | 25.000 |
| Latinoamericanos | 130.000 |
| Asiáticos | 60.000 |
| TOTAL | 415.000 |

- Según Ministerio de Trabajo

| | |
|--------------|------------------|
| Legales | 607.000 |
| Ilegales | 600.000 |
| TOTAL | 1.207.000 |

Con estos datos vemos que España es, a comienzos del siglo XXI, un país de inmigración, principalmente de magrebíes, negros y latinoamericanos; también hay una corriente de europeos sobre todo del este, en cantidad menor.

La tendencia de los europeos occidentales es de estabilizarse cada uno en su propio país. Esto ha resultado una sorpresa pues se creía que con la UE emigrarían trabajadores de países de salarios más bajos a más altos.

2. Definamos

- Integración: Vivir juntos pero conservando cada uno los valores y creencias propios.
- Asimilación: Los inmigrantes o sus descendientes adquieren los valores y creencias del país receptor.

- Inmigración

a) Asimilable: directamente o al cabo de una o dos generaciones se han asimilado al país receptor, aceptando sus costumbres, cultura, formas de trabajo, etc. Un ejemplo es Francia: una guía telefónica dirá cuantos nombres no franceses hay, sin incluir los ya afrancesados; muchos nombres de la ciencia, política y artes dieron brillo a Francia y son no-franceses.

Pero nos interesa la gente común, no individualidades; es en el fenómeno de masas donde puede haber un problema de asimilación. Una señal que el inmigrante es asimilable es el matrimonio cruzado: cuando se considera normal y hasta corriente que un inmigrante se case con alguien del país.

b) No asimilable: Hay que hablar de poblaciones no asimilables: judíos de la diáspora, turcos en Alemania, gitanos en España (y otros países), pieles rojas en América, esquimales en Canadá, los aínos (población autóctona que viven en N. Japón), indígenas australianos, etc.

3. Grados de no asimilación

Hay desde la separación total de dos comunidades, sea por razones de raza, religión, idioma, etc. hasta la convivencia porque las diferencias no son tantas como para vivir separados por ejemplo: poblaciones que han emigrado lejos de su patria chica y tienen centros o clubes donde acuden para conocerse recordar la tierra y estar juntos. Estos son casos de no asimilación suave; no ya los nietos

sino los mismos hijos de estos inmigrantes que hayan nacido y crecido se sentirán de allí y no de donde sus padres.

Un grado radical de no asimilación son los argelinos en Francia; cientos de miles se instalaron cuando la guerra de Argelia, en los '50 porque tenían pasaporte francés; otro ejemplo lo brindan los Amish en USA. Las diferencias continúan en las generaciones siguientes y hasta los nietos siguen sin integrarse.

La endogamia cultural (casarse con gente de su cultura) hace que sus costumbres se perpetúen a través de las generaciones.

Cuanto más numeroso sea el grupo más difícil es la asimilación, pues forman grupos con vida propia que les ayudan a mantener las tradiciones y trasplantar sus instituciones.

4. Tipos de inmigración

1) Tipo A

Se armoniza fácilmente con las poblaciones locales. Ej.: Méjico con refugiados de la guerra civil española; USA con los que huían de los nazis; la corriente migratoria de la primera mitad del siglo XX hacia Argentina. Personas con valores morales, culturales y aspiraciones compatibles con los locales. Aunque no fueran totalmente asimilables sí sus hijos o nietos, que se identifican con el país en que nacieron.

2) Tipo B

Aún siendo capacitado y trabajador rechaza los valores culturales del país de acogida, llevando vida separada y agrupándose exclusivamente con los de su mismo origen. Su rechazo es tan fuerte que lo transmite e impone a sus hijos y esto a su vez a los suyos.

3) Tipo C

No logran asimilarse a la población receptora a pesar de su deseo de hacerlo. Es falta de capacidad de adaptación por poca capacitación o preparación (por ej.: analfabetos). Cuando se supera se asimila enseguida a la sociedad.

4) Tipo D

- a) carece de capacitación (igual a C)
- b) carece de deseo de integrarse (igual a B). Siempre será un extraño.

La pertenencia a uno de estos tipos no indica necesariamente la clase social desde el punto de vista socioeconómico.

Las costumbres tampoco son siempre indicativas de su pertenencia a uno de estos grupos. Hay que distinguir entre las costumbres individuales que pueden ser muy singulares pero que se pueden alterar sin grave conflicto; por ejemplo: pasear por el parque a la noche puede ser una costumbre individual, si en esa sociedad los parques cierran se deja de hacer y no pasa nada grave; y las costumbres sociales ligadas a religiones o culturas que pasan de generación a otra no pueden eliminarse fácilmente y dificultan que puedan compenetrarse ambas culturas.

5. Desde la psiquiatría

Las psicosis, son el desmoronamiento del sistema simbólico y de la propia identidad. Los cuales son suministrado por la cultura en el sentido amplio y restringido del término; la cultura es la que organiza y ordena el caos perceptual en el que se sumerge el "cachorro de hombre". Es desde la cultura que asume una identidad, su "propia identidad", a partir de los primeros elementos: el nombre (así te llamo, así te llamas), el apellido (a este linaje perteneces), el lugar que ocupas en la familia y la sociedad y las obligaciones y derechos que de ello derivan, etc.

Estadísticamente las psicosis son más frecuentes en la población inmigrante; cuando aparece en el tipo A afecta sobre todo la persona del inmigrante y en el tipo C sobre todo al hijo o nieto.

Un interesante estudio estadístico realizado en Instituto Frenopático de Barcelona sobre los ingresos de los años 1972-73 daba un notable aumento de los pacientes de Ibiza que eran los hermanos menores de la familia. En la familia la estructura estaba fuertemente diferenciada, los hermanos mayores heredaban las tierras del interior, más aptas para la agricultura (por lo tanto los más ricos) y los menores las tierras de la costa (los más pobres). Estas tierras se valorizaron con el turismo, invirtiendo las posiciones familiares de riqueza y desencadenaban la patología. Nuestra conclusión es que el desajuste del funcionamiento habitual de la familia contribuía a generar patología (curiosamente los + beneficiados eran los que + enfermaban).

Otro ejemplo: en 1992/95 hubo un gran aumento del paro en la zona de Tarrasa, los padres eran despedidos y los hijos contratados por el uso que se hacía de los "contratos basura" que primaba a estos y perjudicaba a aquellos; las mujeres conseguían trabajos en economía sumergida (limpieza, costura, etc.) lo cual modificaba las jerarquías, y la referencia simbólica que ubica los sujetos (por ej.: ¿quién es el cabeza de familia? ¿por qué?). Esta modificación del funcionamiento familiar muchas veces se transformaba en una disfunción psicológica que aumenta la incidencia de la patología.

Traigo ambos ejemplos para indicar como modificaciones del sistema familiar provocan sufrimiento y potencialmente enfermedad. Lo mismo ocurre con los cambios que implica la inmigración.

6. Conflictos intrafamiliares

Focalizamos los conflictos que ocurren en el marco de la propia familia del inmigrante, no en su relación con la sociedad.

Mi reflexión será hecha a la luz de mi experiencia como psiquiatra. Trabajo en un centro del ICS en Tarrasa donde veo aproximadamente 25 visitas diarias (500 al mes, 75.000 en los 15 años de trabajo; visitas, que no pacientes). En esta ciudad también trabajo en el Montepío Textil (20 visitas semanales) y en mi consulta privada (25 visitas semanales). En total en estos 15 años he realizado aproximadamente 100.000 visitas, alrededor del 5% de inmigrantes, es decir 5.000 visitas.

En este contexto profesional los inmigrantes que visito son mayoritariamente magrebíes y a esta experiencia, en la cual, según las circunstancias utilicé instrumentos de la psiquiatría, psicología dinámica y/o psicodrama me referiré. Estas son familias mayoritariamente calificables en la clase C, según la anterior denominación; en ellas se produce un choque de culturas a dos niveles: macrosocial y microsociales (entre diferentes generaciones y entre coetáneos de la misma familia).

No existen en esta ciudad guetos claramente delimitados que potencien la cultura inmigrante; de existir podría favorecer una preservación más firme de la cultura de origen de la familia y la organización interna de la misma. Al no

existir se favorece la aparición del conflicto intrafamiliar: padres e hijos, hombres y mujeres.

Uno de los temas en juego es el del poder, que en su cultura de origen está claramente definido: lo ostenta el padre; pero ocurre los hijos son a veces mejores conocedores del idioma (eventualmente intermediarios lingüísticos), alfabetos, conocedores de la tecnología, en suma: con poder, dando lugar a la aparición de conflictos; en ese sentido creo que muchos padres sabotean la educación de sus hijos y sobre todo de sus hijas sutil y tal vez inconscientemente; los profesores son testigos de cómo a las niñas se las hace faltar excesivamente al colegio, a veces van apenas lo suficiente como para no ser sancionados sus padres por desobedecer la ley de la educación obligatoria.

Las relaciones del hombre con la mujer como esposo, padre o hermano se asientan sobre el poder por más que se justifique por razones religiosas o de tradición (que universalmente sirven para mantener el statu quo). Como en toda situación social la clase dominante se niega a perder sus privilegios, contando a veces con la colaboración de la dominada.

Narcisismo, de los padres quieren ver en los hijos su reflejo y elaboran una figura anticipatoria que se ajusta a su ideal del yo, es decir aquello que creen haber sido o querían ser ellos mismos, ideal suministrado por la cultura ("su" cultura). El narcisismo también puede generar conflictos de rivalidad y egoísmo, donde los padres pueden oponerse a que los hijos sean mucho más que ellos (recordemos que claramente lo registran algunos cuentos infantiles, por ej.: Blancanieves). Como sabemos toda renuncia narcisista es difícil.

En la consulta los distintos conflictos se presentan como:

- 1) síntoma sin palabras (por ej.: cefaleas), no hay nada que decir, sólo está el cuerpo, no se piensa y por lo tanto no se cuestiona nada.
- 2) angustia, señal de alarma ante un peligro inminente y desconocido (también innombrable). O su coagulación en síntoma neurótico (fobia, conversión etc.).

- 3) agresividad física o verbal. Los conflictos y frustraciones que derivan de la situación de inmigrante pueden manifestarse en el "área tres" (área social de Bleger). He visto frecuentemente matrimonios donde él no puede tolerar la autonomía relativa de la mujer y trata de forzar el sometimiento.
- 4) depresión en los padres por:
 - a) pérdida real que comporta toda emigración.
 - b) aislamiento (faltan las redes familiares y sociales con las que contaban).
 - c) pérdida o riesgo de pérdida de valores culturales.
- 5) depresión en los hijos por:
 - a) conflictos que los somete a la cultura de origen en relación a la cultura de acogida por ej. en las niñas la familia sabotea su escolarización haciéndolas faltar mucho (van porque es obligatorio), se les impiden excursiones, etc.
 - b) conductas que están contra su deseo pero que en su cultura de origen son así (por ej.: matrimonio impuesto a cambio de una dote que reciben los padres.
 - c) elección de identidad, lo que entraña una pérdida, sea cual fuere la elección.
- 6) estados confusionales constituyendo "psicosis reversibles", en personas sin estructura psicótica.
- 7) psicosis claras generalmente de tipo paranoide.

Incluyo una reflexión personal en mi experiencia como Argentino. En Latinoamérica se ha "mezclado agua y aceite". Culturas que desde Europa se piensan como incompatibles, se mezclan sin conflicto como ejemplos públicos: Fujimori, ex presidente peruano era de origen japonés; el ex presidente argentino Menem era Sirio; el actual presidente argentino, Kichner lo es Alemán; todo lo cual no les impidió ser votados mayoritariamente. En cualquier manifestación de la sociedad argentina se puede percibir esta integración, cualquiera que se aproxime a una librería puede ver libros argentinos cuyos coautores tienen apellidos judíos, árabes e italianos, por ejemplo. Los matrimonios mixtos, tal como se los definió anteriormente son normales y frecuentes. El último fenómeno que está cursando es la asimilación de los coreanos, que son la ola migratoria que acaba de llegar.

Las culturas cristiana, judía y musulmana se acrisolan; las diferencias se folklorizan, lo que es una forma de desacralizarlas.

¿Por qué en algunas sociedades se puede dar esa mezcla sin conflicto y en otras no?

Finalmente como última reflexión: Estamos viviendo un duro enfrentamiento político-bélico entre Israelitas y Palestinos o la inacabada guerra de Irak. ¿cómo se refleja en la Sociedad?, ¿en que medida la "cruzada de Bush" por medio de un fenómeno inconsciente de vasos comunicantes dificulta la integración entre musulmanes y cristianos?. No es la primera vez en la historia que épocas de convivencia y épocas de segregación han alternado entre sí; la historia de España nos ofrece claros ejemplos. Insisto en la frase: "fenómeno inconsciente", por definición aquello que no percibimos, lo cual no le impide ser eficaz, determinar la conducta; Freud habla de un Inconsciente individual, psicológico pero Marx nos habla de un Inconsciente social, que x ej. se manifiesta ejemplarmente en las "leyes del mercado", que pueden ser desconocidas pero absolutamente operantes; de inconsciente social, aunque se manifieste a nivel individual, estoy hablando.

Creo que todo este desarrollo indica que el tema de la multiculturalidad debe ser abordado desde la multidisciplinariedad, con psiquiatras, sociólogos, antropólogos, asistencia social, políticos, etc. creo que de parte de la Psiquiatría sería un error "medicalizar" síntomas con antidepresivos, ansiolíticos, etc., es necesario evitar una actitud reduccionista y abordarlo en su complejidad.

Por elaborar:

Se dirimen cuestiones de poder cultural que pueden llegar al extremo, recogido en los periódicos: una familia kurda vive en Holanda y tiene una hija que comete el "delito" de tener un novio holandés, razón por la cual es expulsada del hogar, cuando va a su casa a visitar su madre enferma es asesinada por el padre.

¿que ideal del yo, como figura anticipatoria se construye en el hijo?

Trampas con la propia cultura (remiendo del himen, alcohol, cerdo).
La mujer y violencia.

4.1.4. Diversidad cultural y vínculos paterno-filiales: La adopción internacional

M^a Angeles Márquez Navarro
Psicólogo. Centro de Psicología Dinámica Th. Reik

1. Introducción

El descenso de menores españoles susceptibles de adopción, debido sobre todo al control de la natalidad y al desarrollo de políticas de protección social ha hecho posible que la adopción internacional sea una realidad emergente en nuestro país desde los años 90. A este hecho se suman otros cambios sociales como son: una mayor aceptación por parte de la sociedad hacia la figura de la adopción; la aparición de nuevos tipos de padres adoptivos - mujeres y hombres solteros, parejas con hijos de matrimonios anteriores-; a estas circunstancias se suma el aumento de la tasa de infertilidad y esterilidad (Angulo, J. y Reguilón, J.A.; 2001).

Los países preferidos por los solicitantes de adopción en la Comunidad de Madrid pertenecen a Europa, sur y centro de América y Asia; esta proporción va cambiando en función de las facilidades que dan algunos países para adoptar, pero sobre todo, la preferencia es por niños menores de tres años, de la misma raza y procedentes de Europa del Este. En cuanto al perfil de los adoptantes el 80% no tienen hijos biológicos y de ellos el 45% por ciento dicen desconocer las causas de su esterilidad. La mayoría se sitúan entre los 35 y los 45 años de edad y en las familias monoparentales (que son un 13% de los solicitantes) entre los 40 y 50 años, que corresponden en gran proporción a mujeres solteras, sin hijos, que desean adoptar una niña (Rubio, M.A.; 2000).

El proceso administrativo-legal que deben seguir los futuros padres incluye un estudio psicosocial de la pareja o persona que hace la demanda a fin de valorar una serie de circunstancias que aparecen recogidas en el artículo 58 de la Ley 6/95 de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia de la citada comunidad autónoma. Entre los aspectos a evaluar sobre los adoptantes está su salud psíquica, la existencia de una estructura familiar funcional y estable, la ausencia de factores de riesgo en la vida de los adoptantes, un entorno relacional favorable a la integración del menor, el respeto a la historia del niño y el deseo profundo que subyace a esta demanda, entre otros. Todo lo anterior se traduce en que los futuros padres tengan capacidad para establecer relaciones triangulares, o relaciones de objeto, que hayan elaborado la frustración o el duelo por la imposibilidad de concebir hijos biológicos, sin graves conflictos de pareja que el niño viniera a compensar; que la demanda de adopción sea flexible en relación a las características del hijo que desean y un deseo profundo de ofrecerle un hogar, amor, cuidados y la educación a la que tiene derecho cualquier niño. Obviamente los padres que adoptan fuera de España no necesitan tener características especiales en relación a los que adoptan en su propio país; y la realidad es que la mayoría son personas sanas que respetarán y aceptarán la historia e identidad de origen de su hijo.

Compañeros de mi equipo y yo misma, pertenecientes al turno de intervención profesional para adopciones internacionales, llevamos algunos años dedicándonos a realizar esta evaluación y - por otra parte- al tratamiento psicológico de familias con hijos adoptados de

dentro y fuera de nuestro país que solicitan nuestros servicios -en la mayoría de los casos- cuando el menor ha llegado a su adolescencia pero también cuando en las primeras etapas de adaptación del niño a su nueva familia y de ésta a su hijo no se logra este objetivo. En los casos tratados hasta la fecha van apareciendo escenas comunes, síntomas parecidos, crisis que tienen puntos comunes de análisis y que nos hacen revisar nuestro trabajo como evaluadores de padres solicitantes de adopción; nos preocupa hasta dónde hacemos una selección que asegure en lo posible el bienestar del niño que viene o por el contrario el proceso de evaluación puede tener lagunas. Creo que puede ser interesante trazar un puente y no permanecer disociando ambos escenarios en nuestra actividad clínica pues el fracaso de una adopción, sin minusvalorar el sufrimiento de los padres, supone para el niño adoptado un segundo rechazo o abandono, después del sufrido por parte de sus padres biológicos.

En las familias con hijos adoptivos que han solicitado tratamiento hemos constatado algunos elementos comunes a los que me voy a referir en este trabajo. Se trata de familias que viven en el desencuentro: padres y madres que no pueden aceptar o chocan con la identidad de origen de sus hijos y niños que no se sienten queridos. Me refiero concretamente a tres emergentes: las amenazas al niño con la "devolución"; la herencia como depositaria del conflicto y la manifestaciones de violencia del niño hacia sus padres adoptivos.

2. La herencia como causa del conflicto

Independientemente del origen del niño hay solicitantes de adopción que en las entrevistas expresan con optimismo ciego que ellos podrán llenar con su amor y sus cuidados lo que le ha sido negado a su hijo, sobre todo si es de corta edad. Esta actitud omnipotente y negadora llama más la atención si tenemos en cuenta que las reuniones previas de información que lleva a cabo la Comunidad de Madrid son un "primer filtro" donde se abordan con ellos motivaciones, fantasías y deseos más comunes de los futuros padres en un contexto queafortunadamente les proporciona una primera confrontación con la realidad de la adopción. En este momento aproximadamente la mitad deciden no continuar con el proceso, depositando la causa de su frustración en las Institu-

ciones: "nos quitan las ganas de adoptar", dicen algunos o "solamente los que tienen dinero pueden hacerlo", argumentan otros.

Bajo esta omnipotencia de pensamiento a la que me refería anteriormente, los padres adoptantes -las madres sobre todo- suponen que van a ser capaces de evitar la nostalgia del niño por su madre biológica y que el niño empezará a existir por primera vez en el vínculo con las figuras adoptantes. Ahora bien, cuando el niño o adolescente manifiesta algún tipo de síntoma característico de lo que puede ser definido como "Clínica carencial" (Herranz, T. 1999) llama la atención la alusión de los padres al tema de la herencia como causa del conflicto, sin cuestionarse hasta donde influyen sus propias proyecciones en las dificultades con el niño.

Los mismos padres, generosos sin duda, pero omnipotentes y negadores de la identidad biológica del niño, traen a escena a los padres biológicos temidos durante años, vividos de forma persecutoria, que acaban siendo finalmente depositarios "de lo rechazado"; y rechazado el niño como portador de la enfermedad o herencia de los padres biológicos.

Tuve la ocasión de hablar con una señora que, recién conocida la identidad de su hija y los datos sobre su familia de origen -antes de formalizar la adopción- me preguntaba si yo podía asegurarle -había consultado a otros profesionales por lo mismo- "si la niña iba a ser normal habiendo tenido una madre alcohólica pues (entendía ella) que si la niña tenía problemas en el futuro no quería hacerse cargo de esa responsabilidad". Esta mujer se encontró de bruces con su propia impotencia en el momento de la asignación del niño pero lo más frecuente es que la crisis aparezca en las primeras etapas de adaptación padres-hijo.

Ya sea negando la historia del niño o -en el otro extremo- depositando en los padres biológicos la causa del conflicto, no se están haciendo cargo del mundo interno del niño ni del suyo propio.

3. La amenaza de devolución

En el contexto donde la herencia es la depositaria de los conflictos del niño -una parte de este argumento es real- hemos observado cómo los padres utilizan amenazas explícitas de devolverlo a su país de origen como una forma de resolver su propio conflicto. En estas circunstancias la angustia del niño adquiere proporciones mayores que en otros niños. Sabemos que el miedo al abandono no es propio solo de los niños adoptados; pero si esta fantasía tiene un peso específico en ellos es porque una vez se hizo realidad. Como señalan otros autores "el haber sido realmente abandonado mantiene permanentemente actualizado ese peligro y hace sentir la ansiedad de que toda fantasía pueda realizarse" (Grinberg y Valcarce, 2003). Los padres que amenazan con la devolución tratan al niño como un objeto de su propiedad que les ha sido dada legalmente y de la que pueden desprenderse; argumento, por descontado, totalmente fuera de la realidad, pues la adopción no es un vínculo de ida y vuelta desde un punto de vista legal. Ahora bien, esta amenaza encontrará dos vías alternativas a la legal que terminan por romper el vínculo entre padres e hijo: el ingreso de éste en un colegio interno como una forma de prestarle un apoyo especial, es decir, en base a un pretendido argumento de beneficio para el menor; y la vía del ingreso en una institución tutelada por la comunidad, tras graves crisis en las que se pone de manifiesto el riesgo que supone para su bienestar continuar viviendo con los padres adoptivos.

Desgraciadamente otros chicos se sobreadaptan a esta dinámica de amenazas, niños definidos como "modélicos" para sus padres, a los que se les atribuye y se les confunde con niños sanos. Probablemente no aparezcan nunca en las estadísticas oficiales de "fracasos" de la adopción ni soliciten ayuda psicológica hasta que sean adultos. En algunos padres adoptivos pesa tanto el miedo al fracaso social que evitan pedir ayuda psicológica para sus hijos cuando éstos lo necesitan.

Deberíamos de reconsiderar cual es el perfil de los adoptantes que amenazan a sus hijos y "los devuelven". Los solicitantes de adopción que presentan un fondo psicótico importante; los que permanecen atrapados en un duelo por su esterilidad o por la pérdida de un hijo, tendrán serios problemas para ser padres adoptivos

suficientemente buenos. Los padres con planteamientos altruistas sobre la adopción que pretenden hacer una obra de caridad con "un pobre niño necesitado", esconden en la generosidad de su demanda una motivación de tipo narcisista.

4. La violencia hacia los padres adoptivos

Los padres conocen del niño que desean adoptar su lugar de origen, raza, cultura, y la edad aproximada que tendrá. Se supone que no padece enfermedades físicas ni si psíquicas graves. Del niño que han adoptado puede que tengan datos sobre su historia anterior o carecer de ellos; creo que lo más difícil de aceptar de su historia es que su hijo "ha sufrido de un modo real el rechazo-abandono por parte de los padres que lo engendraron" "Es decir, se han hecho presentes actuaciones filicidas de los padres" biológicos (Grinberg y Valcarce, 2003).

En la práctica clínica hemos observado cómo el niño pone en juego la relación patológica que se gestó con sus padres biológicos descrita por otros autores como de "filicidio/parricidio". En otras palabras: el niño lleva a cabo un desplazamiento a modo de defensa hacia los padres adoptivos de la relación interna que se gestó con los padres biológicos. El hijo que fue rechazado puede agredir a los padres que lo abandonaron en la persona de los adoptantes. Este síntoma emerge sobre todo en dos momentos: en la primera fase de convivencia y cuando el niño llega a la adolescencia.

El rol que juegan los padres adoptivos refuerza y enquistada esta conducta violenta. Gelvan de Veinsten dice hallar en las madres adoptivas agredidas por sus hijos dos líneas de conflicto que hemos tenido ocasión de constatar: " El miedo a fracasar en su gestión materna y la culpabilidad por el malestar del niño, coincidentes con las madre biológicas culposas".

Lo más destacable aquí - continúa la autora- es el hecho de que en todas ellas se da su evaluación de rol en función del comportamiento del bebé, lo cual no es patrimonio solamente de las madres adoptantes, pero sí más manifiesto."

Las actitudes de sobreprotección y de falta de firmeza de estas madres, complacientes con el niño, le impiden a éste desarrollar una mínima capacidad de tolerar la frustración, no ofrecen suficiente contención al yo débilmente estructu-

rado del niño y supone más una provocación al acting que una verdadera protección.

Por otra parte, el rol complementario que ofrece el padre es de una figura ausente o débil en el ejercicio de la autoridad, poco firme, y por ese motivo también poco protectora. Ante semejante caos no puede extrañar que el chico adoptado asuma "el mando" de la situación de la única manera posible: la violencia expresa su descontento con sus padres biológicos y con los adoptivos al mismo tiempo que solicita su presencia.

El riesgo que conlleva la sobreprotección, la falta de firmeza, y otros aspectos del ejercicio de su rol de padres son abordados explícitamente en nuestra evaluación con los adoptantes; su discurso desde lo racional suele ser coherente y parecen tener claro qué actitudes educativas son las sanas y cuáles las disfuncionales.

Evidentemente en la evaluación no podemos quedarnos solamente con su discurso manifiesto, muchas veces aprendido de otros padres y de la información que tienen a su alcance sobre la adopción; debemos escuchar el discurso latente. La mayor o menor disonancia entre ambos, su historia de origen, los roles que jugaron sus padres, las vivencias como hijos, fantasías y deseos, así como su capacidad de introspección y autoconocimiento de los propios límites y necesidades ayudará a discernir con mayor claridad si los solicitantes de adopción llegarán a ser padres suficientemente buenos.

5. Conclusión sobre la identidad

En el proceso de evaluación la mayoría de los padres expresan su deseo y la importancia de respetar el origen de su hijo: afirman que mantendrán su nombre —si son mayores— y que añadirán uno español, que le animarán a que no pierda su idioma o a que lo aprenda si no tuvo oportunidad, que visitarán con él el país donde nació, que no ocultarán los datos que conozcan de su historia. Indudablemente todo esto facilitará la construcción de su identidad si los padres lo hacen con espontaneidad.

Pero el chico adoptado, por muy bien que le hayan ido las cosas, tiene un trabajo añadido cuando llega a la adolescencia: integrar su identidad biológica con su identidad adoptiva; al

duelo añadido por la separación de las figuras parentales por la que fue acogido, se suma el duelo por el abandono de los padres biológicos y la necesidad de integrar definitivamente esta experiencia con la de su adopción.

El fracaso en la vinculación con los padres adoptivos y la dificultad de elaborar el duelo por el abandono puede llevar al adolescente a desenlaces dramáticos que hemos tenido ocasión de presenciar:

- a una desestructuración psicótica;
- es "devuelto" a una Institución de acogida hasta los 18 años; o también
- a actuaciones desesperadas que nacen de la necesidad de conocer su historia y del deseo de retornar a los padres biológicos volviendo incluso a su país de origen cumplida la mayoría de edad.

Este panorama desalentador no es desde luego toda la realidad. Dentro de 5 o 10 años la gran mayoría de los niños adoptados fuera de España en la última década serán jóvenes que han crecido en la intimidad de una familia que ha dado ejemplo —así lo esperamos— de verdadera tolerancia trascendiendo los límites de lo biológico en la vivencia de la paternidad.

Aún así nuestro trabajo como evaluadores de futuros padres adoptantes debe ser constantemente revisado. Las estadísticas hablan de un 5 % de fracasos en la adopción; puede que parte de estos fracasos tengan que ver con una selección no adecuada de los mejores padres para un niño. A pesar de tener claros los aspectos a evaluar el hecho de proceder de modelos teóricos diferentes nos lleva a dar más importancia a unos elementos de análisis que otros; la misma pareja evaluada por dos profesionales puede obtener un informe positivo o negativo. En fin hay muchos aspectos en los que nos conviene profundizar y esta exposición no es más que un primer intento de ordenar ideas. Espero en futuras ocasiones seguir compartiendo experiencias sobre la adopción internacional.

6. Bibliografía

- Angulo, J. y Reguilón, J. A.: "Hijos del corazón". Ediciones Temas de Hoy. Madrid, 2001.
- Bowlby, J.: "La pérdida afectiva". Editorial Paidós, 1983.

Gelvan de Veinsten, S. B. "Violencia y agresión hacia los padres" Ed. Marymar. Buenos Aires, 2000.

Grinberg, R. y Valcarce Abelló, M.: "Reflexiones acerca de la adopción: un caso clínico" Intersubjetivo. Revista de Psicoterapia Psicoanalítica y Salud. Madrid, 2003

Herranz, T.: "Psicoterapia psicodramática individual". Ed. Desclée de Brouwer. Bilbao, 1999.

Klein, M.: "Envidia y gratitud" . Obras completas. Ed. Paidós-Horme. Buenos Aires,

Rubio, M. A.: "La adopción internacional en la Comunidad de Madrid. Aspectos psicopedagógicos y marco jurídico". Anuario de Psicología Jurídica. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2000.

4.2. Aplicaciones del Psicodrama en diversos contextos

Moderadora: Ana Imaña Martínez

4.2.1. Psicodrama y educación sexual

Marisalva Fávero
ISMAI - Portugal

Dijo Moreno que todas las escuelas deberían poseer un palco. Era el fundamento del psicodrama pedagógico. En esta comunicación se presentará, a través de ejemplos prácticos, la propuesta que venimos desarrollando de unir, precisamente, el psicodrama a la educación sexual. A lo largo de doce años trabajando en el área de educación sexual hemos utilizado y adaptado técnicas y juegos dramáticos a la formación de padres, educadores, profesionales, niños y adolescentes. La práctica psicodramática y la visión moreniana del Hombre como un ser espontáneo creativo, con capacidades de cambiar sus actitudes y sus comportamientos, nos han ayudado a promover el desarrollo del rol de padres, de niños, adolescentes y de profesores. En el trabajo con padres, educadores y profesionales, es imprescindible que empecemos el programa de educación sexual trabajando su propio desarrollo sexual. Entendemos que un educador solo puede estar en sintonía con los jóvenes a quien forma, si fue confrontado con sus valores, sus actitudes y su forma de vivir su propia sexualidad.

Con los niños y jóvenes el psicodrama ofrece, entre otras, la posibilidad de jugar distintos roles, con todo lo que ello significa para el psicodrama.

El gran objetivo de la educación sexual es: Contribuir para una vivencia más informada, más gratificante, más autónoma e más responsable de la sexualidad.

En el ámbito del conocimiento se traduce por contribuir para un mayor y mejor conocimiento de los hechos que integran la sexualidad:

- De las varias dimensiones de la sexualidad

- Del cuerpo sexuado y de sus órganos internos e externos
- De los aspectos anatómo-fisiológicos, psicológicos, y socio-culturales de la expresión de la sexualidad humana
- De la diversidad de las conductas a lo largo de la vida y de sus diferencias individuales
- De los mecanismos de la reproducción y de la contracepción y de la practica del sexo seguro
- De las ideas y valores de las distintas sociedades respecto a la sexualidad, reproducción y relaciones entre los sexos a lo largo de la historia y en las distintas culturas
- Los problemas que pueden surgir en la esfera sexual y reproductiva, por ejemplo, embarazos no deseados, ETS, abusos sexuales y violencia sexual
- De las redes de apoyo sociales.

De entre los objetivos relativos a los sentimientos y actitudes, con la educación sexual se pretende:

- Una aceptación positiva y confortable del cuerpo sexuado, del placer y de la afectividad
- Una actitud no sexista
- Una actitud no discriminatoria hacia a las expresiones y orientaciones sexuales de otras personas
- Una actitud preventiva de la enfermedad y promotora del bien estar y de la salud

En el nivel de las habilidades individuales se pretende:

- El entreno y refuerzo de las habilidades para la toma de decisiones y de rechazo a las conductas no deseadas o que violen su dignidad y sus derechos
- El entrenamiento y refuerzo de las habilidades de comunicación
- La utilización, cuando necesario, de medios seguros y eficaces de contracepción y de prevención de las ETS
- En el entrenamiento de habilidades para pedir ayuda cuando necesite.

Para conseguir estos objetivos, a parte de las metodologías tradicionales, hemos utilizado juegos dramáticos y el psicodrama (psicodrama pedagógico).

Partiendo de la idea de juego dramático y de psicodrama pedagógico y teniendo como fondo la idea de espontaneidad y los conceptos morenianos, intentamos que los sujetos puedan

transformarse internamente y que desarrollen sus posibilidades.

El juego dramático se diferencia de otros juegos (por ejemplo de percepción, de iniciación o de improvisación) cuando efectivamente posibilita cambio y crecimiento del jugador (Castanho, 1995). Para esta autora el juego dramático es el que permite un cambio en el jugador. "Es dramático cuando despierta la espontaneidad del jugador" (Castanho, 1995: 26)

Aun en la línea de esta psicodramatista, para efectos didácticos dividimos el juego dramático en tres momentos:

- Yo conmigo: ¿cómo estoy?, ¿cómo soy?, ¿que siento?, ¿que necesito ahora?

Engloba toda propuesta que trabaje los aspectos emocionales.

Debe partir del auto percepción para que el sujeto se respete y se centre en él mismo.

- Yo con el otro: volverse al otro, salir de si mismo: ¿como es el otro que está cerca de mí?, ¿que es lo que siento por el?, ¿que es lo que provoca en mí su presencia?

Tiene que ver con la relación con el otro.

- Yo con todos: es la interacción del individuo con el grupo y su integración como un elemento participante. Todos realizan una actividad en conjunto.

En cada juego dramático el enfoque va para uno de estos momentos. Y puede haber casos en el que no se de algunos de estos momentos.

Psicodrama pedagógico

El psicodrama pedagógico ha sido ampliamente desarrollado por la argentina Maria Alicia Romaña. En su libro (Romaña, 1987) refiere que en el psicodrama pedagógico se trabaja con los cinco elementos clásicos:

Protagonista, que será siempre el alumno.

Audiencia: alumnos que no intervienen directamente en la dramatización, pero que están atentos al que sucede en el escenario. No es una audiencia pasiva.

Director, papel que es cumplido por el profesor/educador, que ejerce las mismas funciones del director de psicodrama: caldea la platea, identifica el protagonista, organiza las diferentes

secuencias, percibe los posibles roles a representar, indica los órdenes a los yos auxiliares y coordina los comentarios posteriores a la dramatización.

Yo auxiliar, es el que interactúa creativamente con los otros roles en acción, respetando las líneas orientadoras del director.

Escenario, el lugar donde se va desarrollar la acción psicodramática. La limitación física es importante porque dentro de este espacio todo será "como se" sucediese realmente.

De la misma forma se trabaja con tres contextos (social, grupal y dramático) y con tres etapas (caldeamiento, dramatización y comentarios).

Nadie mejor que el propio Moreno (1975) para darnos un ejemplo de la aplicabilidad de su método en la escuela. Cuando el profesor/educador identifica en el niño algún estado de carencia (coraje, alegría, etc.), crea una situación específica para que estos aspectos sean confrontados. El niño tendrá, que crear, imaginar una salida para aquella situación. Según Moreno,

"..Se es coraje lo que a él le falta., 'representa la coraje hasta que aprenda a ser corajoso.'" (Moreno, 1978: 193)

El psicodrama pedagógico es indicado para trabajar el desarrollo de roles, a través del role-playing, la comprensión o profundización de conceptos y temas y facilitar el flujo de la espontaneidad, a través de los juegos dramáticos (Romaña, 1985).

La población con la que hemos trabajado hasta ahora y con la cual siempre que posible hemos utilizado nuestra propuesta de educación sexual con el psicodrama ha sido alumnos, educadores, maestros y todo el equipo del centro educativo y los padres, desde las guarderías hasta los universitarios.

Presentamos, a continuación, algunos ejemplos de nuestra propuesta práctica.

1. Con los niños incidimos sobre temas del cuerpo, desarrollo de la asertividad, la autoestima, utilizamos temas más específicos de los abusos sexuales, donde también utilizamos el psicodrama.

Ex: historia de Ana y Miguel, los distintos tipos de besos; el robot; dibujo de la familia (utili-

zando los compañeros: valorar los vínculos afectivos y de pertenecer a una familia); el cuerpo humano (cada uno asume una parte del cuerpo y en su rol habla de su función: para conocer las diferencias entre sexos, hablando de ellas con naturalidad, comprender que el cuerpo cambia a lo largo de la vida) que complementa-se con trabajo de búsqueda en periódicos, revistas, libros.

2. Con adolescentes:

a) Utilizamos el role-playing de situaciones de difícil solución, de riesgos, etc.

Ex.: presentamos una situación de la cual tiene que Salir de la forma más asertiva: María y Matilde son las mejores amigas. Son dos adolescentes. María se va a casa de Matilde y decide quedarse a dormir. Duermen las dos en la misma cama. María intenta besar Matilde en la boca. Llamamos dos voluntarios/as. Y solo le decimos a la que hace de María lo que debe hacer. La reacción de Matilde debe ser espontánea. A partir de este ejemplo se lo pedimos al grupo que encuentre otras situaciones de difícil resolución. Y trabajamos las habilidades sociales y sus estrategias para promover sus defensas frente al riesgo.

b) Dedicamos una sesión específica sobre el riesgo, donde les ayudamos a comprender los objetivos ocultos del riesgo

c) Utilizamos técnicas para investigar e trabajar la sociometría:

Ex.: Hay muchos otros juegos para atender estos objetivos, uno de ellos consiste en construir el cuerpo humano, de modo que cada uno entre en el lugar de una parte del cuerpo. Entrevistamos cada uno en su papel. Permite trabajar la relación con su propio cuerpo e identificar su lugar en un determinado grupo y como cada uno se siente en su rol en aquel grupo.

d) Trabajar la actitudes a través de historias valorativas (las mismas pueden ser trabajadas con los adultos)

3. Con los adultos (padres o profesionales de distintos grupos de edad) empezamos siempre por el confronto con su propia historia a través del psicodrama interno, como caldeamiento para escenas que posteriormente serán compartidas con el grupo.

Dentro de esta metodología, lo que se pretende es proporcionar un espacio de reflexión que incluya el punto de vista propio e el punto de vista del adolescente.

4.2.2. El psicodrama como método de evaluación de la simulación en el ámbito forense

Laura C. Sánchez Sánchez, Rocío Urán Martínez y Ana B. Martínez García.
Universidad de Almería

Lo que está subyacente a esta metodología es la filosofía de que sólo podemos comunicar con el o otro – colocar en común- cuando conocemos o reflexionamos sobre nosotros mismos, pero también cuando conocemos el otro, para hacerla inversión de roles y conseguir que el otro también tome nuestro rol.

3.1. Con los profesionales utilizamos un caldeamiento aprendido de Bustos (1999) que consiste en, a través de un viaje dirigido, con un caldeamiento físico anterior, llevar al encuentro de un "cliente" que necesita de su ayuda, entrar en contacto con el pedido del "cliente" y comprometerse de hacer un viaje en busca de ayuda. El viaje será el trabajo que posteriormente se irá hacer en aquel día de formación o en el curso completo. Hay un momento en que a través de la misma técnica volvemos al encuentro de adolescente y evaluamos lo que hemos aprendido.

Utilizamos, aún, role playing de temas angustiantes (aborto, violencia, sida, drogas).

..En ese momento su nariz comenzó a crecer. Y cada nueva mentira que decía, la nariz le crecía un poco más. Al poco rato, Pinocho se dio cuenta de la enorme nariz que tenía y se asustó tanto que rompió a llorar. El Hada le explicó que su nariz crecía cada vez que decía una mentira...

Pinocho (Carlo Collodi).

Lykken (1982) sostiene que "a diferencia del ficticio Pinocho, no estamos equipados de una respuesta fisiológica específica que emitamos involuntariamente al mentir y sólo al mentir." (p. 124).

Partiendo de este supuesto, se propone el empleo del método psicodramático (donde se puede contrastar información proveniente de claves verbales y no-verbales) en la evaluación de la simulación, como una alternativa a otras técnicas que se han centrado exclusivamente en medidas psicofisiológicas.

Bibliografía

Bustos, D. M. (1999). *Novas cenas para o psicodrama*. São Paulo: Ágora.

CASTANHO, G. P. (1995). *Jogos dramáticos con adolescentes*. En: J. Mota (coord.). *O jogo no psicodrama*. (pp. 23- 43). São Paulo: Ágora.

Romaña, M. A. (1987). *Psicodrama pedagógico – método educacional Psicodramático*. Campinas: Papirus.

1. Breve recorrido histórico de la simulación

Juan Bautista Silvaticus en Milán, es el primero en referirse, en concreto en 1595, a la simulación de las enfermedades mentales, estableciendo que éstas pueden realizarse por imitación de gestos, marcha, palabras y actitudes o por la absorción de sustancias tales como el elixir de la mandrágora, que ocasionará al que la ingiere un delirio que durará todo el día (Delgado, 1994).

Percy y Lauren, médicos militares de Napoleón, prestaron también especial atención a la simulación entre los ejércitos napoleónicos. Percy refiere que, sospechando de la simulación de una epilepsia, comentó en alta voz que era llegado el momento de amputar los testículos del supuesto enfermo, para poder realizar una experiencia que tenía en estudio, ni que decir tiene que el soldado "recobró" la conciencia con prontitud.

En la actualidad, el falso testimonio es un peligro para el Sistema de Administración de Justicia, ya que sustrae al conocimiento de los Tribunales datos relevantes de cara al cumplimiento de la función que le es propia (Bernal, 1992).

Dado el carácter delictivo de la deposición de falso testimonio, algunos juristas plantean seriamente que "al menos en determinados casos, sería aconsejable...la intervención como auxiliares peritos de expertos psicólogos que evaluaran la calidad del testimonio" (Bernal, 1992, pp.19-20).

El Código Penal español no contiene ninguna definición de imputabilidad ni del efecto psicológico que debe producirse para que resulte excluida, sino que se limita a enumerar varias causas de eximentes que la doctrina considera que excluyen la imputabilidad.

Las causas que eximen de la responsabilidad criminal quedan recogidas en el artículo 20 del Código Penal y las circunstancias atenuantes de la responsabilidad criminal recogidas en el artículo 21. Así, entre los trastornos psicopatológicos relacionados con la inimputabilidad penal, y siguiendo la clasificación que se recoge en el DSM-IV, estarían: retraso mental, trastornos relacionados con sustancias, esquizofrenias, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos sexuales, trastornos de los impulsos, trastornos de la personalidad (Cano, 2003).

2. La simulación. Aproximaciones empíricas a su estudio.

En Derecho Penal se entiende por simulación el intento deliberado por engañar, creando una impresión de trastorno mental cuando éste no existe, o más específicamente, crear la impresión de ausencia de responsabilidad criminal (Zaldivar, 2003).

Las aproximaciones al estudio del engaño y su detección desde la psicología experimental, pueden estructurarse dentro de tres perspectivas generales:

En primer lugar, desde la psicofisiológica, se describen métodos de la detección fisiológica del engaño, en concreto, las técnicas poligráficas. Sin embargo, la validez y utilidad de las técnicas poligráficas ha sido y es ampliamente debatida (Gale, 1988; Raskin, 1986).

Una segunda orientación desarrollada por psicólogos que trabajan en ámbitos forenses es la del análisis del contenido verbal del discurso como vía para la evaluación de la credibilidad. Destaca el Análisis de Contenido Basado en Criterios (Criteria-Based Content Analysis o CBCA), elemento central del Análisis de las Declaraciones (Statement Validity Assessment o SVA).

Por último, mencionar la aproximación a la detección del engaño a través de sus posibles indicadores no-verbales, tanto por parte de la psicología social como de la disciplina de la comunicación (Masip y Garrido, 2001).

3. Justificación de nuestra investigación.

Algunos autores (por ejemplo, Köhnken, 1989; Undeutsch, 1989) critican la escasez de investigación empírica sobre la credibilidad de la persona que ofrece su testimonio. Hay que tener en cuenta que a través del testimonio se pretende establecer los hechos, y en base a dichos hechos se tomarán las decisiones judiciales. De ahí la necesidad de buscar nuevas vías para la detección de la simulación en nuestro estudio.

Partimos de dos de las aproximaciones más importantes a la hora de investigar la simulación: la aproximación de los canales, que pretende determinar a través de qué vías se traslucen mejor las claves del engaño o las filtraciones, donde autores como Ekman y Friesen (1969, 1974) recomiendan atender prioritariamente al cuerpo y al contenido del mensaje a la hora de evaluar la credibilidad. Por otro lado, nos basaremos en la aproximación de los indicadores discretos, que tiene por objeto establecer qué categorías conductuales discretas diferencian al mentiroso del veraz durante el curso de una declaración (Zuckerman et al., 1981).

Además, los resultados de diversas investigaciones han puesto de manifiesto bajo qué condiciones observacionales la precisión de los juicios de credibilidad de los observadores será máxima, y éstas nos han conducido a seleccionar la técnica del Psicodrama. Enumeraremos algunas de estas condiciones de observación:

- Algunos autores (por ej., Buller y Burgoon, 1996; Toris y Depaulo, 1984) critican la artificialidad de los paradigmas para el estudio del engaño en el sentido de que, a diferencia de lo que sucede en la vida real, no son interactivos. Y no debemos olvidar que el testigo puede modificar su estrategia en función de la conducta de su interrogador. De ahí una de las principales ventajas de nuestra propuesta de evaluación, donde hay un feedback continuo entre los posibles simuladores y los observadores (psicólogos forenses expertos) que intervienen, pudiendo el director de la escena reconducir al posible simulador hacia la obtención de la información que se considere oportuna para la detección del engaño.
- Hay que tener en cuenta las características del entorno para hacerlas similares a las de las situaciones reales (Masip y Garrido, 2001). Por lo que se procurará recrear con el mayor lujo de detalles las escenas a que se haga referencia al evaluar con nuestro instrumento.
- Könnhen (1989) razona que cuanto más larga sea la declaración más difícil será para el testigo mentiroso no contradecirse o "bajar la guardia", pues no olvidemos el proverbio de que 'un mentiroso debe tener una buena memoria'. Ésta es otra de las deficiencias que podría suplir el Psicodrama, al tratarse de un proceso más extenso en el tiempo que otros métodos, como una simple entrevista o la aplicación de un test.
- Ver de antemano una muestra de la conducta honesta del sujeto. Así, en esta investigación vimos la necesidad de contar con datos de la conducta del sujeto antes del 'suceso delictivo', que pudieran funcionar como línea de base de su conducta en fases posteriores (véase el apartado Método).
- La carencia de investigaciones sobre la detección de la simulación parece ser especialmente notable en lo concerniente a los indicadores no-verbales del engaño, pese al acertado comentario de Ford (1996) de que

"la importancia del comportamiento no-verbal es tan grande que ningún estudio del engaño puede llevarse a cabo sin considerar este canal de comunicación." Siguiendo esta recomendación, en la representación de las escenas, los observadores de nuestro estudio atenderían tanto a indicadores verbales como no-verbales, con lo que la detección del engaño será más completa que si sólo nos centráramos en un tipo de indicadores.

- Se recomienda atender prioritariamente al cuerpo (más que al engañoso rostro, que se ha demostrado más controlable para el sujeto) y el contenido del mensaje a la hora de evaluar la credibilidad (Masip y Garrido, 2001). De este modo, la presente investigación difiere de los juicios ordinarios a la hora de valorar la credibilidad, en que, en estos últimos, el jurado tiene menos visibilidad del cuerpo que del rostro del declarante, con los posibles errores en la detección del engaño que ello conlleva.

4. El psicodrama como contexto de evaluación

El Psicodrama, creado por el doctor Jacob L. Moreno, es un método terapéutico aplicable a niños, jóvenes y adultos, normales y "anormales" (Ramírez, 1997).

El Psicodrama es un procedimiento por medio del que se representan situaciones conflictivas, en lugar de hablar sólo de ellas (como ocurre habitualmente en las testificaciones de los juicios ordinarios e incluso en las entrevistas personales individualizadas).

Por todo, en Psicodrama se intensifican sentimientos y emociones utilizando movimientos del cuerpo apropiados para este fin. Al mismo tiempo se reaviva la imaginación y la memoria hablando y determinando el lugar y el tiempo en que acaeció la situación conflictiva. Y toda esta evocación dinámica de recuerdo y emociones en el mismo momento que se desarrolla la acción, hará que el sujeto con intención de mentir tenga menos tiempo de preparación de un discurso falso, lo que probablemente correlacione con un mayor número de claves conductuales (incertidumbre, titubeos, incongruencias...) que facilitarán la detección del engaño por parte de los observadores. Pese según la hipótesis del filtraje (Ekman y Friesen, 1974) es más fácil que se filtren

emociones reales en la escena cuando el simulador tiene menos tiempo para 'ensayar' la mentira.

El Psicodrama es una técnica que actualmente se emplea mayormente como terapia, sin embargo, en este estudio pretendemos utilizarlo como un contexto evocador de emociones y expresiones verbales que nos pueda facilitar la observación de distintas claves del sujeto, indicadoras de simulación, más que como una técnica de tratamiento. Por tanto, de entre todas las formas de aplicación que existen del Psicodrama, hemos elegido la modalidad de psicodrama diagnóstico, ya que ésta estudia la situación diagnóstica del individuo mediante métodos psicodramáticos (Moreno, 1959).

Este método también podría facilitar la observación más detallada de claves para detectar, no sólo simulación en general, sino también la simulación de psicopatologías, por ejemplo, permite observar la sobreactuación o exageración de las conductas psicopatológicas, la ansiedad por llamar la atención por la enfermedad, la incongruencia entre las emociones expresadas con el cuerpo y las expresiones verbales, etc. Pero, además, facilita la fiabilidad interobservadores de los resultados obtenidos, al permitir la observación de la dramatización en vivo a más de dos personas u observadores entrenados para detectar las claves de simulación.

5. Futuras investigaciones: fiabilidad y validez.

Una vez revisada la literatura sobre la simulación y sus métodos de evaluación, y atendiendo a las ventajas que aporta el Psicodrama con respecto a otros métodos, se hace necesario pasar de la intuición a la experimentación. Para ello, propondríamos una serie de investigaciones:

5.1 Método

Sujetos

En la primera fase, intervendrían personas de la población "normal" sin ninguna psicopatología diagnosticada ni antecedentes penales, así como 3 psicólogos forenses: el director, el ego auxiliar y el tercero, que formará parte del público.

En una segunda fase, la mitad de los participantes serían actores extraídos de la población "normal" que simulen una psicopatología y el resto serían personas a las que realmente se les haya diagnosticado una, procurando abarcar todo el abanico de trastornos relacionados con la ininputabilidad penal. También intervendrían 3 psicólogos forenses con la misma función que en la primera fase.

En la tercera y última fase, la muestra estaría constituida por acusados de los juzgados de España. Todos ellos habrían alegado tener una psicopatología: de la mitad de estos participantes deberíamos tener evidencia clara de algún tipo que los inculpe, demostrando que la estaban simulando, mientras que de la otra mitad contaríamos con pruebas (por ejemplo, el informe de su psiquiatra o psicólogo habitual) que señalaran que realmente presentan una psicopatología.

Diseño

Para cada una de las fases se empleará un diseño de ciego, pues los psicólogos forenses que intervendrán en la escena desconocerán que algunos de los sujetos que participan en las investigaciones son actores, ni cuáles de los acusados de la tercera fase son simuladores o presentan realmente una psicopatología.

Situación y aparatos

Los aparatos que se emplearían en esta evaluación son muy diversos y pueden variar en cada una de las sesiones y, por supuesto, de un sujeto a otro. Nos estamos refiriendo con ello a todos los objetos necesarios para recrear las diferentes escenas donde sucede el antes, durante y después del delito.

Por el contrario, los instrumentos que serán iguales para todos los participantes serán: papel y lápiz para anotar lo observado, una sala espaciosa con cristal unidireccional, una cámara de vídeo, un televisor, un vídeo y cintas grabadoras, para poder grabar y observar cada una de las sesiones.

Procedimiento

A continuación, expondremos esquemáticamente las fases de las que constará el estudio, así como una breve justificación a cada una de ellas:

1) La primera fase se llevará a cabo para comprobar si el método psicodramático es una técnica efectiva para detectar si las personas

de la población 'normal', en general, mienten o dicen la verdad.

2) Si se comprobara que el método es válido en la detección del engaño en población 'normal', pasaríamos a la segunda fase, donde el objetivo es probar la efectividad de la técnica, pero en este caso en población psicopatológica (simuladora o no), que será la población a la que irá destinada en el futuro.

3) Por último, en el caso de que se demostrara que es un procedimiento adecuado tanto para población normal como psicopatológica, se desarrollaría esta última fase, donde la muestra de sujetos es la más aproximada a la población diana a la que irá destinada la evaluación con Psicodrama, pero con la ventaja de contar con evidencia de si simulan o no.

El procedimiento o dramatización, como en toda representación escénica, necesita personas con roles definidos. En el caso del Psicodrama, y en el de nuestra propuesta, estos roles son básicamente los siguientes:

- A) El protagonista (el acusado): Es la persona que representa en el escenario su propia situación de vida, y por lo tanto es el actor principal de la dramatización, además de ser su autor, ya que es quien provee el material para dramatizar.
- B) El director (psicólogo forense 1): Es la persona que orienta o guía al protagonista en el uso de las técnicas psicodramáticas, para poder ayudarlo a dramatizar y, sobre todo, reconducirlo hacia la información que se pretenda averiguar.
- C) El ego auxiliar (psicólogo forense 2): Por lo general, representa a alguien en la vida del protagonista, como puede ser la víctima u otra persona relacionada con la escena del crimen o momento a evaluar.
- D) El público o audiencia: En nuestra propuesta, incluiríamos a otros miembros del grupo terapéutico (psicólogo forense 3, o más si se considera necesario), que actuarían como observadores de las claves de simulación propuestas anteriormente, lo que aumentaría la fiabilidad de la evaluación. También podrían integrar el público algunos familiares o sujetos más directamente relacionados con la escena a representar, que puedan ayudar al recuerdo y a la evocación de emociones.

Si del análisis de datos correspondiente a cada fase (por ejemplo, confiabilidad interobservadores, comprobando si han acertado que eran simuladores o no) se desprendiera que la técnica del Psicodrama es fiable y válida para detectar simulación en juicios, se podría concluir que se trata de un método útil para su aplicación en contextos legales.

Así, el protocolo de evaluación (en juicios reales) que propondríamos, partiendo del supuesto anterior, es el siguiente: Primeramente, se mantendría una entrevista clínica con cada uno de los participantes, donde se recabe información acerca de la historia personal del sujeto y, específicamente, sobre el intervalo temporal que rodea al hecho delictivo (antes, durante y después de éste). De ésta (y otras fuentes de información, como las pruebas aportadas en el juicio) se extraerá toda la información necesaria para la recreación de las escenas posteriormente (objetos, ambiente...).

Hay que evitar a toda costa el error de idiosincrasia, para lo cual será conveniente familiarizarnos con la conducta habitual (veraz) del sospechoso antes de evaluar su credibilidad. Debemos, por tanto, excluir otras posibles causas de dichos indicadores conductuales (como la preocupación por ser juzgado injustamente, por ejemplo), y sólo si pueden descartarse concluiremos que es probable (y sólo probable) que el testigo esté mintiendo.

Por tanto, después de la entrevista inicial, se llevarán a cabo una serie de dramatizaciones previas a la escena del hecho delictivo, de donde obtener una línea de base de la conducta habitual del acusado en diversos contextos (familiar, laboral, social...). Y, por último, se desarrollarán la/s escena/s más íntimamente relacionadas con el hecho delictivo, así como una o varias escenas de acontecimientos posteriores a este hecho.

Las etapas del Psicodrama (calentamiento, dramatización y participación) se mantendrán en el mismo orden en que se desarrollan habitualmente, con la excepción de no incluir la última etapa, ya que la aplicación de este método sólo pretende la evaluación del acusado, no su 'catarsis' (en personas que realmente presenten una psicopatología) para un posterior tratamiento.

5.2. Discusión

De esta manera, el Psicodrama se puede convertir en una herramienta útil y complementaria al resto de métodos utilizados actualmente en la detección del engaño, como son la entrevista, los autoinformes, cuestionarios, técnicas poligráficas, etc. Sin olvidar que, además, en nuestra investigación, se podrían contrastar los datos obtenidos con esta técnicas con los datos obtenidos de la entrevista personal inicial, así como otras posibles fuentes de contrastación (como las pruebas aportadas).

Por último, señalar que, aunque nuestro dictamen final fuera que efectivamente el sospechoso no simula sino que presenta una verdadera psicopatología, como explica Espinosa (1997), para la psiquiatría actual hace tiempo que entraron en crisis los criterios válidos hasta ahora para considerar al enfermo mental un incapaz absoluto, en tanto que la persona afectada de una 'enfermedad' de este tipo puede tener distintos grados de comprensión o de libertad, incluso en el momento de cometer el delito. Y, por otra parte, -sigue Espinosa-, es innegable el valor que se concede hoy en día al principio de la responsabilidad del propio enfermo, fundamental para cualquier programa de rehabilitación.

6. Referencias

- Bernal, J. (1992). *El falso testimonio*. Madrid: Tecnos.
- Buller, D. B. Y Burgoon, J. K. (1996). Interpersonal deception theory. *Communication Theory*, 6 (3), 203- 242.
- Cano, M. C. (2003). *Trastornos Psicopatológicos Relacionados con la Inimputabilidad Penal*. Libro de Actas del Curso Aplicado sobre Psicología Forense. Almería.
- Delgado, S. (1994). *Psiquiatría Legal y Forense*. Vol I y II. COLEX: Madrid.
- Ekman, P. Y Friesen, W. V. (1974). Detecting deception from the body or face. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29 (3), 288-298.
- Espinosa, J (1997). El tratamiento penal del enfermo mental en el nuevo código penal. *Revista AEN*, vol. XVII, nº 64, 607-625.
- Ford, C. V. (1996). *Lies!Lies!!Lies!!! The psychology of deceit*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gale, A. (1988). *The polygraph test: lies, truth and science*. London: Sage.
- Köhnken, G. (1989). Behavioral correlates of statement credibility; Theorie, paradigms, and results. En H. Wegener, F. Lösel y J. Haisch (Eds.), *Criminal behavioral and the justice system* (pp. 271-289). London: Springer-Verlag.
- Lykken, D. T. (1982). *A tremor in the blood*. New York: Mc Graw-Hill
- Masip, J. Y Garrido, E. (2001). La Evaluación Psicológica de la Credibilidad del Testimonio. En F. Jiménez (Coord.), *Evaluación psicológica forense*. Fuentes de información, abusos sexuales, testimonio, peligrosidad y reincidencia.
- Moreno, J. L. (1959). *Psycodrama*, en *American Handbook of Psychiatry*, ed. Por S. Arieti Vol. 2. New York: Basic Books.
- Ramírez, J. A. (1997). *Psicodrama*. Teoría y práctica. DDB. Desclée.
- Raskin, D.C.(1986). The polygraph in 1986: Scientific, professional, and legal issues surrounding applications and acceptance of polygraph evince. *Utah Law Review*, 1986, 29-74.
- Toris, C. Y depaulo, B. M. (1984). Effects of actual deception and suspiciousness of deception on interpersonal perceptions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47 (5), 1063-1073.
- Undeutsch, U. (1989). The development of statement reality analysis. En J. C. Yuille (Ed.), *Credibility assessment*. Nato ASI Series. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Zaldívar, F. (2003). *Evaluación de la Simulación y el Engaño en Derecho Penal y de Familia*. Libro de Actas del Curso Aplicado sobre Psicología Forense. Almería.
- Zuckerman, M., depaulo, B.M. y Rosenthal, R. (1981). Verbal and nonverbal communication of deception. *Advances in Experimental Social Psychology*, 14, 1-59.

4.2.3. Conteniendo en distintos contextos: con contrato y sin contrato

Natacha Navarro Roldán

Psicóloga, psicodramatista, profesora de la especialidad de psicología y psicopedagoga de I.E.S.

0. Introducción

Quiero hacer una reflexión en voz alta sobre mi experiencia profesional, en un intento de aportar elementos de debate para el entendimiento de la Diversidad del Psicodrama.

Soy Psicóloga en Instituto de Enseñanza Secundaria, especialidad conocida como Psicopedagoga u orientadora y tengo consulta privada en la que trabajo como psicoterapeuta. Además doy clase de Psicología en Bachillerato.

Ejerce pues 2 ó 3 roles profesionales diferentes entre los que puedo sacar un elemento común: la mirada y la actitud psicodramática. Desde esa mirada y esa actitud que pretendo e intento, quiero observarme en el ejercicio de mi rol o de mis roles, cuando el encuentro es de exigencia terapéutica.

Habría otra manera de llamar a esta comunicación que resumiría esta idea:

"De cómo tengo que resolver con frecuencia y desde el encuentro terapéutico demandas que no están inscritas en una verdadera situación de contrato terapéutico al uso, pero que requieren los elementos fundamentales del primero".

Quiero revisar algunos elementos de la práctica de ese rol "¿ilícito?" ¿espontáneo? ¿necesario? Tomando como referencia el rol de terapeuta.

1. El rol

El rol del psicopedagogo, o especialista en Psicología y Pedagogía en la educación pública, en las referencias normativas a su intervención individualizada, es bastante ambiguo. Claramente no entran entre sus funciones ni la intervención en un encuadre clínico, ni la prevención de trastornos psicológicos, aunque sí se especifica la detección de problemas vinculados al proceso de aprendizaje, cualquiera que sea su etiología y de una forma amplia, sean estos de tipo permanente o circunstancial.

2. La población

Es la normal de un instituto de enseñanza secundaria, entre 12 y 20 años.

3. Las demandas

La realidad cotidiana, en una población normal, presenta conflictos o patologías normales, sintomáticas y circunstanciales que no pueden ser abordadas inmediatamente desde los centros de salud pública lo cual significa que a menudo la 1ª fuerza de choque en la detección del problema somos los psicólogos de los centros escolares o, en su defecto los médicos de cabecera.

La realidad de esta población normal exige a los psicopedagogos de los IES que actúen con mayor o menor conocimiento sobre demandas terapéuticas, y con mayor o menor acierto en un encuadre terapéutico. Los fines de esos encuentros suelen ser de tipo exploratorios

para realizar derivaciones a especialistas o exploratorios hacia la intervención y contención espontánea que, normalmente consistirá en entrevistas-charlas con propuestas y tareas encaminadas hacia el cambio. No por ello la demanda es menos importante y su resolución debería inscribirse en un encuadre terapéutico de apoyo.

4. Tipos de demandas

Normalmente recibimos todas aquellas situaciones que los compañeros profesores no saben contener-sujetar. Tengo que aclarar que actualmente recibo mayores demandas o bien porque les he acostumbrado a que puedo realizar esa primera contención o bien porque conocen ese otro rol profesional como terapeuta y que en el caso de mi persona coincide. Se dan también casos de compañeros que declinan todo tipo de intervención psicologista o "clínica".

Las demandas o situaciones son pues muy variadas y entre ellas podríamos destacar aquellas que presentan esa exigencia de contención y encuadre terapéutico:

- Situaciones reactivas a estrés (sea cual sea la fuente del estrés) que pueden presentar síntomas depresivos, de ansiedad...
- Estados depresivos situacionales (pérdida de seres queridos, familiares con enfermedades crónicas "pérdidas ambiguas"(BOSS, 2001), familiares con trastornos patológicos..)
- Conflictos relacionales y vinculares (familia, amigos, díadas, tríadas..)
- Inicio, decaimiento de otros Trastornos (alimentarios, depresión, por déficit de atención..., adictivos)

Todos ellos exigen una valoración sintomática, desde en encuentro, para la toma de decisiones. Ese encuentro tiene que ser encuentro terapéutico para que el alumno-paciente pueda expresar y confiar en mi y en mi propuesta, para que juntos podamos tomar decisiones.

5. Características del encuentro

Generalmente observo que:

*Normalmente hay conciencia de tener un problema, aunque no se sepa ni qué hacer ni para qué va a servir mi intervención.

* es mucho más probable que vengan de la mano de un profesor o tutor o de un compañero que de la familia (a diferencia de la forma de demanda y encuentro en la consulta con adolescentes)

* La demanda se centra normalmente en: necesidad de que remitan los síntomas (bloqueo, tristeza, astenia, confusión, ansiedad,...) y de salir de la situación.

Todos exigen valorar una adecuada derivación a una psicoterapia de apoyo o terapias focales, o más profundas y estructurales, y también es necesario valorar la necesidad del conocimiento e intervención de la familia en esa toma de decisiones.

En esas valoraciones, se da a menudo la realidad de que para la remisión de la sintomatología tan sólo necesiten un adecuado análisis y focalización del problema con una propuesta inmediata de acciones o modificaciones a llevar a cabo. Aquí es donde propongo de 1 a 3 sesiones (algún caso ha exigido alguna más) en la que se trabaja psicodramáticamente el núcleo del conflicto y la sintomatología y se proponen acciones encaminadas al cambio.

6. Reflexiones sobre la intervención

Para realizar este encuentro y este tipo de intervención es fundamental:

1. Evaluación diagnóstica, en los pasos fundamentales (recoger la explicación sobre lo que ocurre, desde cuando y porqué en su opinión), informar de lo que creo que ocurre (diagnóstico del problema) .
2. Informar de lo que puedo hacer yo y lo que se podría hacer acudiendo a un especialista externo
3. Conocer sus expectativas en relación conmigo y con el problema que plantea
4. Informar sobre mi "rol" diferente a otros momentos en la institución
5. Confirmar que se halle dispuesto a provocar o intentar el cambio así como motivado a seguir el trabajo que se proponga a través del encuentro entre ambos.
6. Llegar a un acuerdo sobre el conocimiento e intervención de su familia.

7. Dificultades en la intervención

En este contexto suelo "tropezarme" con unas dificultades o límites que son:

1. Ese cierto aire "clandestino"
2. Nunca podrá haber un contrato verdadero que requiera una intervención terapéutica, sin que se modifiquen las funciones y especialidad previa del rol, pero si que hay aplicación de técnicas terapéuticas con beneficio terapéutico y en un encuentro terapéutico.
3. Normalmente la familia no es conocedora de la 1ª demanda y a veces del problema. Asunto que hay que valorar y a veces insistir en la necesidad de su conocimiento.
4. El espacio real es inapropiado para convertirse en espacio terapéutico.
5. El tiempo real es inapropiado para convertirse en tiempo terapéutico.
6. La posible confusión en la percepción de mi rol. No obstante parece que ellos aceptan muy bien sus diferencias.
7. La aceptación de los colegas de ese otro rol, "los sustitutos". Todos opinan.
8. Las características de la institución: educativa - socializadora - cómplice de un sistema, frente al rol espontáneo, no-cómplice de un sistema o de una cultura en conserva.
9. Al intervenir en un tiempo tan corto, tengo a menudo la necesidad de ir rápido y la tentación de enseñar más que de acompañar (dar pautas muy trilladas) y puede dejar de lado el acompañamiento necesario y la contención apropiada para asumir una función menos contenedora pero más didáctica.

8. Primeras conclusiones

Reflexionando sobre esto, me atrevo a reconocer y deducir que:

1. Hay en cualquier caso contención afectiva y motivación para el encuentro.
2. Hay encuentro terapéutico que es el verdadero promotor del cambio.
3. Puede haber tele positivo y tele negativo. En el segundo caso no se inician las sesiones.
4. ¿Hay contrato? Un verdadero contrato no. Hay acuerdos.
5. Hay cambios y aprendizaje.
6. Hay rol "materno" (T. Herranz, 1999) distinto del rol "de psicólogo escolar" que es un rol desde la asimetría, didáctico y directivo. Ellos identifican la diferencia.

7. Hay catarsis emocional que normalmente ayuda a eliminar tensiones y a reorganizar las vivencias y por supuesto, favorece el insight ó la integración.
8. Las técnicas activas psicodramáticas favorecen el insight, economizan tiempo y se acercan de forma nuclear a los problemas con lo que favorecen la concienciación y el cambio.

9. A modo de conclusión final

Ha quedado claro que en el ejercicio del rol de psicopedagogo hay demandas que exigen el manejo de un rol terapéutico y de una contención afectiva. No son encuentros en donde se producen verdaderos contratos terapéuticos pero permiten a través del encuentro y de la aplicación de técnicas psicodramáticas, desde la espontaneidad, producir cambios y/ o conducirlos hacia situaciones de contratos y actuaciones terapéuticas de mayor rigor.

10. Bibliografía

- Boss, P. "La pérdida ambigua". Gedisa, Barcelona, 2001
- Bustos, D. "El Psicodrama. Aplicaciones de la técnica psicodramática". Plus Ultra. Buenos Aires, 1992
- Haley, J. "Terapia para resolver problemas". Amorrortu. Buenos Aires, 1976.
- Herranz, T. "Psicoterapia psicodramática individual". Serendipity. Madrid, 1999
- Moreno, J. L. "Las Bases de la Psicoterapia". Hormé. Buenos Aires, 1967.
- Población, P. "Teoría y práctica del juego en psicoterapia". Fundamentos. Madrid 1997.
- Vallejo Ruiloba, J. "Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría". Masson. Barcelona, 1997

4.3. Aplicaciones del Psicodrama: Intervención psicoterapéutica

Moderador: Teodoro Herranz Castillo.

4.3.1. Trastornos de la personalidad. La vinculación tipo “espejo” y “doble”.

Pablo Alvarez Valcarce. M.D.

Grupo de Estudios de Psicodrama de Madrid.

Los trastornos de personalidad suelen ser escasamente diagnosticados debido a que rara vez consultan por sí mismos sino debido a trastornos intercurrentes del eje I, o a situaciones de conflicto socio-familiar. Una vez en la consulta, resulta difícil establecer una vinculación empática y estable, que permita el desarrollo de una relación terapéutica. Escasamente motivados es frecuente que interrumpen el tratamiento una vez resuelto o aminorado el conflicto actual. La medicación disponible solo es eficaz para el control de los síntomas afectivos y ansiosos y para la prevención de las descompensaciones psicóticas, pero suele ser mal tolerada y poco aceptada. Así las cosas, el psicoterapeuta se ve enfrentado a una situación clínica difícil y de pronóstico sombrío dado que no es nada fácil ayudar a realizar cambios duraderos y estables en la estructura de la personalidad.

Cada tipo de trastorno de personalidad requerirá del terapeuta un abordaje distinto con relación a los roles patológicos establecidos y al establecimiento de la demanda de cambio mínimo donde focalizar el inicio del tratamiento. También cada tipo de trastorno hará referencia en su historia psicodramática a distintos tipos de escenas nucleares conflictivas en sus matrices de identidad. Así serán distintas las escenas que aparecerán en un trastorno paranoide donde primaran formas de vinculación cosificadoras y despreciativas a las escenas de la historia de un trastorno por dependencia donde prevalecerán escenas de tipo anulador y fusional o a las escenas de la historia de un trastorno límite o esquizoide donde prevalecerán escenas de doble vínculo y de rechazo del sujeto deseante.

Dentro de esas diferencias en las formas de los vínculos ofrecidos en sus matrices de identidad, lo cual correlacionaría con el fenómeno observable de la prevalencia familiar de determinados rasgos de personalidad y por tanto de un probable factor etiológico de tipo aprendizaje vicario y/o hereditario, en la Teoría Psicodramática nos interesa resaltar como factor etiológico de los trastornos de personalidad una determinada cualidad vincular y una serie de déficit en los vínculos ofertados en las matrices de identidad que nos parecen comunes a todos ellos y que van a ser la guía para el terapeuta a la hora de ofrecer un vínculo rematrizador que favorezca el cambio estructural.

En la teoría psicodramática del desarrollo situamos los trastornos de la personalidad en relación a un déficit en el desarrollo de la etapa de Relación con el Ambiente, con un insuficiente desarrollo del Sí Mismo Psicológico Sincréticos en esta etapa, entre los nueve meses y el año de edad aproximadamente, cuando el niño debe desarrollar su autoimagen y su narcisismo aprendiendo la relación existente entre lo que toma del medio y lo que deposita ampliando su exploración del ambiente y enriqueciéndose con las posesiones que identifica consigo mismo (sincretismo) a base de ser ayudado en su separación progresiva a través del gateo y de su conocimiento del ambiente a través del foco cenestésico dental (chupar los objetos y depositarlos sin tragarlos). Esto lo realiza con la ayuda de un yo-auxiliar (padre o madre o pariente) que se vincula con él en función de "doble" y de "espejo" en una relación que manteniendo aun el tipo "corredor" va abriéndose a otros. Esto le permite ganar intimidad con el ambiente, identificarse sincreticamente, reducir su anterior omnipotencia, a cambio de una mayor capacidad para afectar e influir en los yo auxiliares en la medida en que estos estén emocionalmente bien dispuestos. Para ello los yo auxiliares (padres) tienen que sentirse identificados con el hijo pero siendo capaces de amarle y valorarle no solo en la medida en que se parece a ellos sino sobre todo en su originalidad y diferencia, acompañándole en su exploración del medio y permitiendo una paulatina separación protegida. Esto conducirá a un buen desarrollo del narcisismo, a una narcisización normal.

En los niños que desarrollaran un trastorno de personalidad, los padres fracasan en ofrecer una relación tipo "espejo" y tipo "doble" y en avanzar posteriormente hacia una situación de "reconocimiento del tu". Estos padres, debido a sus propios rasgos patológicos de personalidad y al déficit en su propio narcisismo, tienden a amar al hijo solo si cumple sus expectativas narcisistas grandiosas, compensatorias. No son capaces de ponerse en el lugar del otro y hacerle de "doble". Pretenden mostrarse ante el hijo como figuras idealizadas, mistificadas. De esta forma el niño no puede identificarlas consigo mismo y se ve obligado a mantenerse separado, no íntimo, permaneciendo en su grandiosidad infantil y en la tendencia a idealizar y desconocer lo otro. Esta incapacidad de los padres para hacer de "doble" esta muy bien descrita por Moreno en su libro "Teatro de la Espontaneidad" cuando dice que la función de Doble es la más difícil para el actor espontáneo pues supone el abandono momentáneo pero total de la personalidad privada para poder ser el otro, soñar su sueño, mientras a un tiempo se es capaz de mantener una cierta conciencia de la situación global de la escena incluyéndose a uno mismo, que permita su desarrollo y su progresión hacia situaciones espontáneo-creadoras para todos los participantes. En la Clínica sabemos que la técnica del doble es probablemente la más difícil y la más eficaz a la hora de favorecer el insight dramático. Es difícil sobre todo porque para no levantar resistencias, la intervención del doble debe mantener un buen equilibrio actitudinal y lingüístico entre la resistencia y lo resistido, entre la defensa y lo defendido. Además, desde el punto de vista sociométrico las resistencias de un yo auxiliar a mostrarse espontáneo como doble pueden provenir de distintas fuentes: La actitud corporal y por tanto caracterológica de el mismo, del auditorio (otros parientes) o del protagonista (niño), así como de la ideología y de los valores de el mismo y de los demás presentes en la escena.

Esta última consideración nos lleva a comentar que aunque estos trastornos tienen su inicio en la etapa señalada, hay otro momento posterior del desarrollo en el que el clima de la matriz familiar se fija especialmente en la personalidad modelándola e influyéndola. Este es el final del desarrollo del Modelo Psicósomático de Mingidor en el inicio de la fase ideológica de la Matriz Familiar. Allí junto a la capacidad para planear y fantasear con control de la voluntad el

inicio de acciones para realizar deseos internos, se van a fijar los valores y la ideología familiar a través de rituales de conducta que responden a mitos familiares, así como el clima resultante de la reacción familiar a las características innatas del niño que en esta etapa ya tiende a intentar imponer su voluntad de dominio. Sera aquí donde se consoliden los rasgos de personalidad, de carácter, que puedan llegar a constituir un trastorno.

En el tratamiento de los trastornos de personalidad la primera dificultad proviene del hecho de que estas personas necesitan repetir el tipo de vinculación idealizadora que les sirvió como defensa en su matriz de identidad. El objeto esta idealizado o demonizado, tiende a ser percibido como todo bueno o todo malo. Son incapaces de percibir al terapeuta como un "tu" distinto y real, y establecen una relación transferencial proyectando una imagen idealizada de alguno de los padres. Por esto es muy importante que el terapeuta se deje idealizar ya desde la primera sesión, favoreciendo la fantasía del paciente de que del contacto con una persona tan ideal como él querría ser, conseguirá el también ser grandioso tal y como sus padres esperaban. Aunque este es un modo de vinculación que podría parecer antiterapéutico, mistificador, cualquier otra actitud de mayor neutralidad terapéutica impediría que el paciente realizara la imprescindible identificación en espejo con el terapeuta sin la cual no sabría vincularse. Este tipo de vínculo presenta varias dificultades. Una primera dificultad consiste en que no todos los terapeutas van a ser capaces de establecer ese tipo de vinculación especular, activa, haciéndose cargo de las identificaciones proyectivas masivas y sin responder con una actuación irracional sobre la base de contraidentificaciones proyectivas no conscientes. Habrá terapeutas que por una falta de desarrollo de roles psicodramáticos, por una falta de experiencias vitales variopintas, tengan dificultades para ofrecer al paciente un rol complementario de aquel que oferta el paciente como única posibilidad compensatoria de vinculación. Serán terapeutas que tendrán dificultades para mostrarse activos y cercanos a la experiencia vital inmediata del paciente. En el otro extremo habrá terapeutas muy activos, que practican técnicas de terapia grupal muy ritualizada, con abundantes elementos corporales y aspectos mistificadores cuasi-religiosos e ideológicos, y que se presentan al paciente como una especie de maestro o guru. Estos

últimos serán muy eficaces en el establecimiento inmediato de identificaciones especulares e idealizadoras así como de sensación de afiliación a un grupo, pero fracasaran muy a menudo en la resolución de esa fase especular e idealizadora del vínculo no avanzando a trabes de una vinculación tipo "doble" hacia la necesaria desidealización del terapeuta, y manteniendo con el paciente un vínculo meramente compensatorio de sus déficit sin ayudarle a separarse y ser persona, en una estructura sociogenética de tipo afiliación que rayando en el clientelismo sirve sobre todo para compensar y alimentar el narcisismo del terapeuta. No en vano muchas sectas y organizaciones ideológicas y religiosas fundamentalistas dirigidas por líderes fuertes, sirven de refugio a muchas personas que padecen trastornos de la personalidad no diagnosticados.

Otra dificultad en la relación terapéutica con los trastornos de la personalidad, será el establecimiento del foco inicial de trabajo. En el encuadre Psicodramático realizamos un análisis del repertorio de roles aceptados y rechazados, reales y fantásticos del paciente tanto en las entrevistas iniciales como en la historia psicodramática, para luego empezar inmediatamente a complementar uno de los roles aceptados, sea real o fantástico, aquel en el que, como yo-auxiliar, el terapeuta percibe una mayor implicación e identificación en espejo. En muchas ocasiones negociamos con el paciente que rol rechazado es aquel que le produce mas dificultades emocionales y/o sociales que motivaron la consulta, para realizar con el un contrato de cambios mínimos a alcanzar.

Al principio la complementariedad especular deberá ser alentada en él yo auxiliar, para poco a poco ir manteniendo el nivel mínimo de frustración tolerable tanto en las escenas del contexto dramático como en las del contexto grupal o bipersonal con el terapeuta. Técnica-mente esto se hará a trabes de la introducción del "doble" que siempre intervendrá con una forma tal que exprese la resistencia y lo resistido a través de formulaciones lingüísticas del tipo: "ahora percibo o pienso o siento tal cosa y eso tiene que ver con lo que realmente soy, pero por otra parte me hace sentirme mas seguro seguir percibiendo o pensando o sintiendo esto otro como hasta ahora para así sentirme grande y hacer sentirse grande a esta persona que esta conmigo". La sutileza y la

exacta dosificación de la frustración son fundamentales aquí. Estos pacientes toleran muy mal, hasta el extremo de romper el vínculo, la herida narcisista excesiva que supone la desidealización brusca del terapeuta frecuentemente en temas relacionados con los honorarios o las ausencias del terapeuta.

Muchas veces el terapeuta será tratado con hostilidad manifiesta. Esta hostilidad debe ser entendida como una prueba a la que el paciente somete al objeto como si lo mordiera sin tragarlo, para depositarlo luego en el ambiente y comprobar que no ha sido destruido y puede pasar a ser una posesión sincrética para él. Si el terapeuta reacciona con calma y transmite el mensaje de que la hostilidad del paciente no lo va a destruir, y de que sigue valorándolo igual que antes del ataque, la situación puede resolverse con un alto valor terapéutico de avance hacia el reconocimiento del "tú".

La oferta de la relación "yo-tu" debe ser más activa en estos casos y permanente como en todos, pero también como en todos deberá ser alcanzada por el paciente cuando este ya preparado para una pre-inversión de roles tras rematizarse en los niveles de "doble" y "relación en corredor".

La relación en fase de "Doble" con el paciente suele alargarse en el tiempo y dar lugar a momentos de "encuentro" de alta calidad espontáneo-creadora. Otras veces el paciente no parece progresar en sus dificultades psico-sociales, se queja de que la terapia no le está sirviendo de nada, pero sigue acudiendo a las sesiones con una actitud de tipo reto": a ver que se te ocurre ahora para tratar de ayudarme, a ver como intentas mostrarte potente conmigo, porque yo voy a hacer que te sientas impotente y fracasas". Esta última defensa debe ser entendida y respetada pues es la manera que tiene el paciente de trabajar especularmente el reconocimiento de su "yo" mientras desidealiza a las figuras parentales disminuyendo así proyectivamente su omnipotencia pero sin amenazar el vínculo.

Estos pacientes un día interrumpen su terapia y realizan de golpe una serie de cambios madurativos en el contexto social, una vez que ya han logrado establecer dentro de sí un objeto bueno del sí mismo, una posesión sincrética que sirva como base para el desarrollo de nuevos roles. Recuerdo un

paciente A. Que tenía 18 años y un trastorno de personalidad mixto evitativo dependiente y con rasgos esquizoides. Otro terapeuta veía a la familia. Mantuvimos una relación de algo más de un año, en el que no faltó a casi ninguna sesión, donde dramatizábamos escenas de su rol de músico y fumador de hachis con su tribu urbana, de su rol de dibujante y graffitero, de su rol de hijo de padres separados, de su rol de hijo de madre sobreprotectora y narcisista, pero donde ningún solo día faltó una frase de despedida: "no se para que vengo, porque tú te lo flipas cantidad, te lo flipas más que yo", mientras sonreía. Al interrumpir su terapia sin efectuar cambios durante la misma más que algún tímido desarrollo de algún nuevo rol, modificó su aspecto físico, dejó de abusar del hachís y comenzó estudios formales de arte y dibujo así como estableció nuevas relaciones sociales.

Otro paciente de 39 años, G., con un trastorno paranoide de la personalidad y rasgos antisociales, acudió a terapia forzado por la familia que le ayudaba económicamente. Presentaba fracasos laborales continuos, abuso de drogas, peleas y problemas emocionales. Ayudo mucho a la identificación especular la capacidad del terapeuta de complementar como yo auxiliar el rol de "colega de Barrio" incluyendo el tocar la guitarra que traía a las sesiones y compartir canciones. Luego pudieron trabajarse roles más conflictivos con la inclusión de dobles y cambios de roles. Finalmente trajo un perro a las sesiones con el que mantenía una relación ambivalente mostrándose cariñoso por primera vez pero propinándole palizas si le desobedecía hasta que un día pudo ganar insight ayudado por un doble y decir: "No puedo pegarte cuando no haces lo que yo quiero porque eso es lo que hacían conmigo mis padres y luego los chavales del barrio. Tiene que haber otra manera". A partir de ahí pudo entender como provocaba él mismo las escenas paranoides, desmontarlas y acceder a otro tipo de trabajo con otro nivel de responsabilidad, lo que le llevó a interrumpir su terapia por dificultades horarias reales.

Otro paciente de 23 años, H., que presentaba un trastorno esquizotípico de la personalidad, y que fue traído por su familia después de peregrinar por muchas otras consultas, logro establecer la vinculación especular e idealizadora con el terapeuta a base de dramatizar todas las escenas que poblaban su mundo mágico y algo esotérico con múltiples fantasías

4.3.2. Charcot redivivo en la investigación psiquiátrica

Marino Pérez Álvarez

Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo

cuasi-delirantes de tipo omnipotente y grandioso. Pudo poner en relación esas defensas con escenas de su matriz de identidad donde aparecía una madre con un trastorno depresivo mayor que había sido abandonada en un orfanato tras la muerte de sus padres en la guerra civil, y un padre narcisista y ausente. Mas tarde pudo incorporarse a un grupo de terapia en el que había otros varones jóvenes con trastornos psicóticos y de la personalidad, donde pudo ir desmontando las defensas de grandiosidad narcisistas y ser solicitado y valorado por el grupo en roles y habilidades originales que le hacían reconocer cada vez mas su verdadero yo y el tú de los otros. Incluso llego a aceptar tomar medicación para las descompensaciones psicóticas y afectivas que en ocasiones sufría ante momentos de especial confrontación con la realidad que le exigía cambios.

Bibliografía

Alvarez Valcarce, Pablo: Teoría del Sociodrama Familiar. Informaciones Psiquiátricas

Nº 140/2º Trimestre 1995

Alvarez Valcarce, Pablo: Psicodrama y Sociodrama. Teoría de la Técnica. Las Técnicas

De Sociodrama Familiar. Informaciones Psiquiátricas nº 140/2º Trimestre

1995(accesibles en Internet :
<http://teletel.terra.es/personal/ge-psicodrama>)

El teatro de dramatización psicopatológica que a la postre resultó ser la Salpêtrière en tiempos de Charcot¹, se presta a hacer una mirada distanciada de lo que se podría considerar la invención de la histeria y, en particular, el grande attaque hystérique². La distancia con la que vemos y podemos calificar de teatro la obra de Charcot podría servir también para ver con cierta distancia el proceder de la investigación psiquiátrica actual. Por extemporáneo que parezca el proceder de Charcot, no quita que sea de alguna manera contemporáneo de la época actual.

El gran teatro de la Salpêtrière

Como es sobradamente conocido, Charcot describía un trastorno a la vez que lo prescribía. Mientras que la descripción ampara una supuesta objetividad pues, en efecto, la histeria descrita era públicamente observable, la prescripción es un proceso que se escapa a la observación, según el actor (Charcot, en este caso) está metido en el papel de describir lo que ve, sin verse a sí mismo en el papel de inductor del propio fenómeno descrito.

Basta reparar en el célebre cuadro de André Brouillet, de 1887, La lección clínica en la Salpêtrière en el servicio del profesor Charcot.

1. Jean-Martin Charcot (1825-1893), ejerciendo en la Salpêtrière entre 1862-1893.

2. G. Didi-Huberman (1982), Invention de l'hystérie. Charcot et l'icographie photographique de la Salpêtrière. Macula.

Se tiene un escenario: la sala de las lecciones de los martes. Se tiene un público: visitantes de fuera (incluyendo conocidos literatos) y médicos residentes (algunos posteriores celebridades como Babinski, Richer, Gilles de la Tourette y Ribot). Se tienen, por fin, los actores: ante todo, el propio Charcot describiendo lo que se va a ver y Blanche Wittmann, la paciente histérica que mejor representaba el gran ataque, de hecho, 'la reina de las histéricas', como era conocida, pero también figuran detrás de Blanche la enfermera jefe, como al tanto por sí se cae, y Babinski, sosteniéndola por los 'puntos histerógenos' situados a ambos lados hacia fuera de los pechos.

El cuadro de Brouillet muestra el instante en el que comienza el ataque, iniciado por la presión en los puntos histerógenos (cuya zona puede variar, siendo la dicha en el caso de Blanche). Anteriormente, Charcot había descrito a todos los presentes, incluyendo a la enferma, que ya había sido traída en camilla (también visible en el cuadro), el ataque de histeria que iban a observar. Charcot pide atención para "captar todas las fases, lo que no es fácil pues", según advierte, "a mi me han hecho falta años"³.

El ataque más completo y la observación más atenta distinguirían cuatro fases que se desarrollan sin solución de continuidad. Estas fases son, como se recordará, el periodo epileptiforme, el de grandes movimientos (donde destaca el 'arco de círculo'), el de actitudes pasionales y el del delirio. Como se sabe, este ataque consistía en un patrón de movimientos perfectamente tipificados, no sólo por descritos in situ, sino por modelados (para empezar, el cuadro de Brouillet hace ver que la propia sala contaba con un 'poster' mostrando un pasaje del ataque, precisamente el 'arco de círculo', justo enfrente de la paciente, pero aun más las pacientes histéricas compartían pabellón con los pacientes epilépticos, de modo que no es una casualidad la fase epileptiforme) y entrenados, donde habría que considerar la selección de 'la reina de las histéricas' y, en general, el cultivo histérico cotidiano como *modus vivendi* en el hospital⁴.

Con todo esto dispuesto, empieza el ataque. El médico interno, en el cuadro Babinski, presiona el punto histerógeno y el ataque comienza inmediatamente. Charcot va describiendo el proceso⁵: 'aquí tenemos el periodo epileptoide'; 'arco de círculo'; 'salutaciones'; 'como ven, el arco de círculo es bastante pronunciado'. 'Ahora tenemos aquí el periodo de posturas pasionales que hasta cierto punto se confunde con el periodo de arco de círculo...'. Del mismo modo que el ataque tiene un comienzo puntual, también se podría parar si se conoce el punto correspondiente.

La cuestión está en percibir cómo Charcot queda envuelto por su propio papel. Al parecer, al final de sus días, llegaría a sospechar del tinglado que se había organizado en torno a los hallazgos de sus investigaciones. En relación con las histéricas, aun a sabiendas de que lo suyo comportaba buena parte de actuación, también sabían, como dice Blanche, que "nos era imposible actuar de otra manera"⁶. Quiere decir que el paciente resultaba igualmente envuelto por su papel, tanto quizá como para que la manera de actuar comportara el modo de ser, al menos, lo que no es poco, el *modus vivendi*. Sin duda, se trataba de un proceso de influencia mutua entre 'el Napoleón de las neurosis', según era conocido Charcot, y 'la reina de las histéricas', Blanche, es decir, entre clínico-paciente.

Una influencia que merecería términos propios de la retórica y de la hipnosis como persuasión o seducción. No en vano Babinski, posteriormente a Charcot, trataría de sustituir el nombre de histeria por el de pitiatismo, de peito, persuasión⁷. En definitiva, Charcot estaba incurso en un proceso dramático de autoengaño⁸, de modo que describía como objetivo lo que él mismo prescribía como efecto de su persuasión.

3. J.-M. Charcot (1887-1889/2003), *Histeria. Lecciones del martes*. Del Iunar.

4. Véase H. F. Ellenberger (1970/1976). *El descubrimiento del inconsciente*. Gredos, cap. 2 y 10.

5. J.M. Charcot, op. cit., p. 40. Esta descripción no se refiere al cuadro, pero muestra el proceder de la lección charcotiana.

6. H. Pérez-Rincón (2001), *El teatro de las histéricas*. FCE, p. 31.

7. Recuérdese que Peito era la diosa de la persuasión, siempre asociada a la de la seducción amorosa, Afrodita.

8. M. Pérez Álvarez (1999), *Teoría dramática de la hipnosis*. *Anales de Psicología*, 15, 1, 27-38.

El carácter mutante del 'método de Charcot'

Pues bien cabría proponer que el 'método de Charcot' quizá siga vigente, *mutatis mutandis*, en la investigación psiquiátrica actual. Así, de pronto, con un efecto dramático comparable a la histeria, se vería la personalidad múltiple. Baste reparar en que la inmensa mayoría de los casos se dan a una minoría de los clínicos, siempre los mismos, lo que hace suponer que algo 'harán' para descubrirlos. Sin duda, la creencia del clínico tiene mucho que ver en la creación del caso, obviamente, en un contexto propiciatorio como lo es la cultura norteamericana, de modo que la Salpêtrière tendría ahora las dimensiones de toda una nación. De cualquier modo, no sería la personalidad múltiple el único ejemplo. Sobre ser ya sutil el proceso de 'creación' de una personalidad múltiple, tanto o más sutil por insidiosa quizá sea la creación de otros trastornos tenidos por objetivos, como siendo de lo más natural, sin sospechar en alguna suerte de artificio clínico.

En rigor, un cierto efecto de este tipo, sin llegar a ser iatrogénesis, se da probablemente en todo proceder clínico psiquiátrico y de parte de todas las escuelas psicoterapéuticas (no es casual que los complejos de Edipo sólo los encuentren los psicoanalistas, las polaridades psíquicas quienes se valen del diálogo de la silla vacía, déficits de habilidades sociales los terapeutas de conducta y, en fin, creencias irracionales los terapeutas cognitivos). Sin embargo, aquí se va a apuntar sobre todo al modelo biomédico. Dos serían los puntos de interés.

Aspectos del modelo biomédico que recuerdan el método de Charcot

Por un lado, estarían las categorías diagnósticas, habida cuenta que, una vez establecidas, funcionan como categorías a priori que estructuran la realidad. Siendo así, quiere decir que la categoría diagnóstica conforma la queja del paciente, en un proceso que acoge, reduce y canaliza los síntomas del paciente⁹. La cuestión es que, a menudo, los protocolos de evaluación clínica captan unas cosas a la par que excluyen otras relevantes. En este sentido, no se puede decir que sean descripciones que captan lo que hay (como quizá supone el clínico, cual Charcot

instalado en el centro del escenario), sino que, sin dejar de serlo, son también prescripciones que hacen que se muestre lo que se anda buscando (disponiendo al paciente en el papel complementario de responder al diagnóstico en boga). Este fenómeno tiene que ver seguramente con la proliferación de diagnósticos a partir de un nuevo preparado que, curiosamente, es a propósito para tales casos.

Por otro lado estaría la estrategia de investigación psicofarmacológica consistente en 'escuchar el fármaco'¹⁰. Se trata del diseño de fármacos de acuerdo con modelos de neurotransmisión supuestamente relevantes a una condición clínica, de manera que sus efectos terminan por modular la definición de ésta. Nótese, pues, que el fármaco cumple el doble papel de tratar y de diagnosticar. El fármaco establece el diagnóstico para el cual él mismo es el tratamiento. La investigación psicofarmacológica habría dispuesto de un preparado que lleva a la correspondiente preparación de un trastorno. Aunque consiste en una estrategia de escuchar al fármaco y no al paciente, el paciente es el que habla por el fármaco. El investigador, y el clínico, escuchan el fármaco a través de las respuestas del paciente a un protocolo. El protocolo se convierte en el inter-locutor entre el clínico y el fármaco. Ni que decir tiene que el protocolo está centrado en los síntomas sensibles a los efectos del fármaco, habiendo sido depurados los síntomas del paciente que no entran a efectos farmacológicos (no en vano se trata de modelos de neurotransmisión y no de comunicación humana).

Ambos aspectos del modelo biomédico (categoría diagnóstica y estrategia de 'escuchar el fármaco') están acordados entre sí. Las categorías diagnósticas serían el resultante final de un proceso de refinamiento de síntomas, a menudo, 'preparados' en función de un preparado que los trata. En su génesis, las categorías diagnósticas son posteriores a la investigación, pero en la práctica funcionan como categorías a priori del entendimiento clínico, dando forma a los trastornos psicológicos, tanto en el contexto propiamente clínico como en el contexto extraclínico, propagando toda una cultura cómo no clínica¹¹.

9. M. Pérez Álvarez (2003), Las cuatro causas de los trastornos psicológicos. Universitas, p. 36.

10. P. D. Kramer (1993/1994), Escuchando al Prozac. Seix Barral.

11. M. Pérez Álvarez (2003), Las cuatro causas de los trastornos psicológicos, op. cit., cap. 3.

Presentada la gran Salpêtrière a escala multicéntrica y aun ecuménica que viene a ser la investigación psiquiátrica, correspondería referir, siquiera con la brevedad requerida, ejemplos concretos de este proceso de construcción psicopatológica que aquí se prefiere ver bajo la especie de la dramatización.

Psicodramas de la investigación psiquiátrica

Un ejemplo se podría encontrar en el trastorno de estrés postraumático. Lo que se vería es que la definición final del trastorno como categoría objetivada en el DSM (primero en el III y después en el IV) es, en realidad, el resultado, como dice un autor, de una 'armonía de ilusiones'¹². Como se recordará, los veteranos de la guerra de Vietnam presentaban una variedad de problemas de adaptación a la vida civil. La sociedad no se hacía cargo de sus problemas, del modo que lo hacía de quienes mostraban traumas físicos, merecedores de recompensa. Se inició un proceso de reclamación tratando de vincular los problemas de adaptación a traumas psicológicos acaecidos supuestamente en la guerra, pero que había que hacer visibles. En dicho proceso participarían además de la reclamación de los veteranos, las formulaciones psiquiátricas, los argumentos judiciales, la reivindicación moral y la presión política hasta que, finalmente se reconocería esta problemática como categoría diagnóstica (en el DSM-III, en 1980).

El caso es que una vez definido el trastorno se ofrece cual categoría objetiva, como si fuera una entidad atemporal y tuviera una unidad intrínseca que, sin duda, no tiene, pues no deja de ser un producto cuyas vicisitudes históricas son bien conocidas, no otras que la armonía de intereses citada.

Su definición, como se puede ver en el DSM-IV, requiere reunir unos cuantos de una serie de síntomas, que serán a partir de ahora los criterios que acogen, reducen y canalizan los problemas susceptibles de ser definidos como 'estrés postraumático'. Lo que iría sucediendo a partir de su definición oficial es que los casos se adaptarían perfectamente al diagnóstico.

No sólo las preguntas del clínico serían captadoras si es que no capciosas, sino que se desarrollaría toda una literatura y cultura del trauma, de modo que los pacientes presentaban un cuadro de estrés postraumático, permítase decirlo, por la cuenta que les tenía. Una vez más, la vida imitaría al arte. Desde entonces una vida llena de problemas imitaría al arte clínico, en este caso, el cuadro de estrés postraumático, como si las condiciones reales actuales no tuvieran que ver en los problemas y hubiera que atribuirlos a recónditos traumas.

Otro ejemplo de dramatización psicopatológica se encontraría en el trastorno de pánico, cuyas vicisitudes históricas son igualmente conocidas. El punto aquí es decir que el trastorno de pánico fue definido a partir de los efectos de un fármaco (el Xanas) que se estaba abriendo paso. El fármaco en cuestión estaba preparado para producir efectos ansiolíticos rápidos¹³, de manera que requería de un trastorno de afectos ansiosos de remedio igualmente rápido. Nada mejor que el pánico, tomado del pánico que espanta a una colectividad de individuos y aplicado ahora a un individuo que lo siente de pronto. Puede verse que la definición del trastorno de pánico en el DSM-IV se reduce a una serie de síntomas rondando todos la sensación de angostura cardio-respiratoria que tradicionalmente caracterizaría la angustia.

El punto es que los síntomas que definen el trastorno de pánico están tomados del protocolo sobre el que se valoraba el efecto del preparado en investigación y, así, dejan fuera del cuadro sus antecedentes y sus consecuencias. Al preguntar por los síntomas del cuadro es fácil incurrir en un entusiasmo confirmatorio mutuo, en el que el clínico ve confirmadas sus preguntas a la par que el paciente se ve confirmado en sus experiencias. De esta manera, la apoteosis del acuerdo entre ambos es que se trata de una 'crisis de angustia inesperada', súbita y sin sentido. Tal parece que la ceguera de ambos (clínico y paciente) para entender semejante crisis fuera una iluminación, al dejarlos convencidos de que se trata de un 'trastorno de pánico', como si ya fuera explicación autosuficiente. Esto es así debido a que el trastorno ha resultado de 'escuchar al Xanas' en vez de al paciente. Si se escuchara al paciente se oíría y vería que el pánico tiene

12. A. Young (1995), *The harmony of illusions. Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton University Press

13. E. S. Valenstein (1998), *Blaming the brain*. The Free Press

sus antecedentes (por qué) y sus consecuentes (para qué), precisamente lo que queda fuera del cuadro clínico¹⁴.

Como ha mostrado una investigadora que se ha 'colado' como falsa paciente de pánico en un centro de investigación donde se llevaban a cabo estudios que sentarían las bases para su definición, la investigación parecía conformarse con lo que esta autora denominaría 'drama metodológico', para referirse a la formalidad de cumplimentar el protocolo de una investigación formal, lo que a dicha autora le sugiere el tinglado que tenía montado Charcot¹⁵.

La depresión también participa a su manera de una cierta dramatización charcotiana. Aunque no se trata de un trastorno de invención reciente (como el trastorno de estrés posttraumático y el trastorno de pánico), lo que tiene de relevante a este respecto es su conversión en una epidemia¹⁶. En cómo la depresión se ha convertido en una epidemia tiene mucho que ver la 'investigación psiquiátrica'. El punto aquí es, de nuevo, que la disponibilidad de un preparado como el representado, en este caso, por el Prozac habría contribuido a la proliferación de diagnósticos de 'depresión'. Aunque este proceso es complejo, su complejidad no deja de atenerse a la propia de la Salpêtrière a gran escala. Como tal dramatización charcotiana, se da una complementación de papeles. Donde antes estaba 'el Napoleón de las neurosis' ahora estaría el Prozac y en el lugar de 'la reina de las histéricas' estaría la depresión.

Por parte de la propagación¹⁷ del Prozac habría que considerar el adoctrinamiento de los médicos (no sólo psiquiatras) para el empleo de este preparado en un trastorno 'mucho más frecuente de lo que se cree' y la propaganda dirigida directamente a la población general (no vaya lo suyo a ser depresión). De esta manera, la psiquiatría iría mundializando la depresión.

Por parte de la epidemia de depresión habría que considerar el hecho de que la gente ha aprendido a plantear en términos de depresión una variedad de formas de malestar. De esta manera, la depresión viene a ser la metáfora más socorrida para vehicular una diversidad de problemas de la vida (sin perjuicio de las condiciones que no hallan mejor nombre que 'depresión', propiamente). Siendo así, se complementan los papeles del clínico (diagnosticar-recetar Prozac) y del paciente (tener depresión). Esta situación promovida por la cultura del Prozac¹⁸ es un buen ejemplo del doble papel de la medicación: como terapia y como diagnóstico¹⁹.

Finalmente, no se dejaría de decir algo a propósito de la esquizofrenia. El punto a plantear aquí sería el proceso de convertirse en una persona esquizofrénica. La situación de partida para este planteamiento sería una crisis psicótica o pre-psicótica (según se prefiera decir), generalmente acaecida en la adolescencia o en la edad juvenil, que puede abocar bien a la carrera de la esquizofrenia o bien a una recuperación sin más. Lo que se sostiene aquí, y este sería el punto, es el papel decisivo que puede tener en un curso u otro (esquizofrenia o recuperación) la dramatización del problema. Se entiende que la 'carrera de la esquizofrenia' no se debe el despliegue inevitable de una disposición endógena, sino a un juego de papeles, consistente tanto en entrar en el papel de esquizofrénico como en perder los papeles socialmente normalizados, lo que aquí se denomina 'dramatización' y un autor identifica como 'proceso de engolfamiento'²⁰.

La entrada en el papel de esquizofrénico (enrolamiento esquizofrénico) se ha descrito de acuerdo con tres etapas: inicial, intermedia y final²¹. La etapa inicial se caracterizaría por el esfuerzo del paciente en dominar la crisis, tratando de minimizar los problemas psiquiátricos y su separación de otros pacientes (no-psiquiátricos). Las alucinaciones y hospitalizaciones serían 'eventos transicionales' que, dada su significación, llevarían fácilmente a la etapa intermedia, donde ya se reconocería el tener

14. Ciertamente, el discurso clínico no se compadece del sentido que tiene el pánico en la vida de las personas, como han mostrado L. Capps y E. Ochs (1995), *Constructing panic*. Harvard University Press.

15. J. Orr (2000), *Performing methods: history, hysteria, and the new science of psychiatry*. En D. Fee, ed., *Pathology and the postmodern* (pp. 49-73), Sage

16. Ph. Pignarre (2001/2003), *La depresión. Una epidemia de nuestro tiempo*. Debate.

17. Propagación, propaganda, persuasión, seducción, son términos del campo semántico en el que se movía el efecto de Charcot

18. Nación Prozac es el relato de una paciente (E. Wurtzel) que cuenta su experiencia con el Prozac.

19. Véase Ph. Pignarre, op. cit.

20. S. J. Lally (1989), *Does being in her mean there is something wrong with me?* *Schizophrenia Bulletin*, 15, 2, 253-265.

21. S. J. Lally (1989), op. cit.

problemas psiquiátricos y se daría la separación nosotros (sistema clínico) / ellos (sociedad), siendo a este respecto el diagnóstico otro importante 'evento transicional'. La etapa final sería ya la de autoconcepción como enfermo mental, dándose una especie de duelo por el yo perdido²².

Por su parte, la pérdida de papeles normalizados (desenrolamiento de papeles sociales esperados) se ha visto que es el factor más importante en el comienzo de la esquizofrenia²³. Recuérdese que la esquizofrenia suele tener un comienzo juvenil ('hebefrenia'), justamente una edad decisiva en la formación de la identidad y, en definitiva, de la persona, por lo demás, un término teatral donde los haya²⁴.

Obviamente, no se quiere decir que la crisis de partida sea siempre equi-probable respecto de una u otra salida (esquizofrenia / recuperación), de manera que aquélla se debiera a un 'engolfamiento' clínico y ésta una 'des-dramatización' igualmente clínica (la tentación sería decir de cómo se 'enrollen' los clínicos). Puede que la entrada en la carrera de la esquizofrenia sea inevitable y, aun se diría, la mejor 'salida', contando con el tratamiento y la rehabilitación hoy disponibles. Al fin y al cabo el sistema clínico canaliza ('normaliza') condiciones cuyo destino acaso fuera peor de otra manera. El aspecto que realmente se quiere apuntar es que el desempeño del rol clínico, en particular, cuando se hace con todos los convencimientos de un modelo bio-médico, puede fácilmente incurrir en un proceso auto-envolvente, cuasi-charcotiano.

Sería así en la medida en que se dé un ensañamiento contra ciertos síntomas sensibles a la medicación, en detrimento de su normalización y del desarrollo de otros roles posibles.

A este respecto, no deja de ser llamativo que en los países en vías de desarrollo los episodios psicóticos suelen tener un mejor pronóstico que en los desarrollados que, a lo que parece, 'desarrollan' también una mayor esquizofrenia. Se entiende que en los países en vías de desarrollo se da una mayor normalización de los síntomas psicóticos a la par que un menor desenrolamiento de los papeles de la vida²⁵.

Alcance antropológico y crítico del psicodrama aplicado a la investigación psiquiátrica.

Con todo lo dicho, para nada se está diciendo que los clínicos inventan los trastornos. Ciertamente, los trastornos psicológicos, al menos la materia de la que están hechos²⁶, son anteriores e independientes de los clínicos, pero una vez dados ambos, co-evolucionan conjuntamente. Pues bien, la manera más cabal de hacerse cargo de esta co-evolución probablemente sea en términos dramáticos, como un proceso dramático o, mejor, psico-dramático.

Semejante planteamiento tiene un alcance antropológico: toda sociedad dispone de pautas para el comportamiento en situaciones de crisis (siendo modelos notables de la sociedad actual el 'trastorno de estrés postraumático', el 'trastorno de pánico', la 'depresión' y la 'esquizofrenia', por citar los aquí revisados) y tiene a la vez un alcance crítico: al considerar el aspecto psicodramático que tiene la investigación psiquiátrica, a cuyo propósito Charcot serviría para tornasolar un proceder que no es fácil de percibir por sí mismo.

22. Es de recordar a propósito de estas etapas, el modelo de esquizofrenia incipiente de Conrad (trema, fase apofánica, fase apocalíptica, ...).

23. H. Häfner, K. Maurer, W. Löffler et al (1999), Onset and prodromal phase as determinants of the course. En W. F. Gattaz y H. Häfner, eds., Search for the causes of schizophrenia (vol. IV, pp. 35-58). Springer

24. Véase para una consideración de la esquizofrenia en la perspectiva de la persona J. M. García Montes y M. Pérez Álvarez (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 3, 1, 107-122.

25. Véase M. Pérez Álvarez (2003), Esquizofrenia y cultura moderna. En A. Cangas Díaz y J. Roales-Nieto, eds., Avances en etiología y tratamientos de los trastornos del espectro esquizofrénico (p. 31-40). Némesis

26. M. Pérez Álvarez (2003), Las cuatro causas de los trastornos psicológicos, op. cit., ver 'causa material'.

4.3.3. Uso de técnicas psicodramáticas en terapia sexual con pacientes con problemas de identidad en el Hospital General de Montreal.

Esperanza Fernández Carballada
Miguel David Guevara Espinar
*Centro de psicoterapia, terapia de grupo y
Psicodrama (Salamanca)*

Según los datos del Ministerio de obras públicas y servicios gubernamentales de Canadá¹ Montreal es la segunda ciudad de Canadá en número de inmigrantes que son recibidos al año. Un vistazo a los países de procedencia de éstos nos permite hacernos una idea de la diversidad étnica de la ciudad. Entre los años 2000 y 2002 un 16% provienen de Pakistán, 15% de Sri Lanka, 12% de Hungría, 11% de China... y así podríamos realizar un listado con países como, Argentina, Perú, México, Costa Rica, República Democrática del Congo, Zimbawe etc.

En el año 2002 encontramos que ha habido un aumento en la tasa migratoria proveniente de África y del este de Europa. Muchos de estos emigrantes solicitan el estatus de refugiados que queda limitado por el cumplimiento de las siguientes condiciones:

1. Estar fuera del país de origen, o si no se es originario de éste, estar fuera del país del en que habitualmente se reside.
2. Tener un miedo bien fundado de persecución a causa de la raza, religión, nacionalidad, opiniones políticas o ser miembro de un determinado grupo social.
3. No ser capaz de protegerse de este miedo y no confiar en la protección ofrecida por su país.
4. Dicha situación no parece ser solventable en un tiempo razonable.
(Traducción del autor)

Dentro de la condición tercera en donde se cita la pertenencia a un determinado grupo social se incluye la orientación sexual. Hemos de distinguir aquí al gobierno de Québec que ya ha dado varias muestras de su apertura en lo relacionado a la temática sexual. Valga como ejemplo el hecho de que en el año 1975, dos años después de que la APA reconociera que la homosexualidad per se no era un desorden mental diagnosticable, ya se recoge dentro del código de Derechos Humanos de Québec el derecho a la libertad sexual. Esta apertura puede ser entendida a partir de la historia de Québec y más concretamente de la llamada "Revolución tranquila" de los años sesenta, que describiremos como un movimiento social en el que seis millones de quebecois liderados por una élite intelectual van a pedir una renovación de las instituciones tradicionales (Iglesia y Estado) produciendo un cambio cultural, político y social que podría enmarcarse en el liberalismo de izquierda.

Esta renovación de valores en la que se va a realzar la protección del bienestar personal y social (definido legalmente a través de los distintos códigos) va a favorecer la creación de organismos que se van a hacer cargo de las situaciones específicas que el propio desarrollo de esta sociedad va a generar². De entre éstas destacaremos la clínica MUSIC/COSUM (McGill University Sexual Identity Center/Centre d'orientation sexuelle de l'Université McGill)

2. Sucede algo semejante a la disciplina médica en la que se dice que la necesidad crea el órgano. Así pues no es de extrañar que en esta sociedad multicultural predomine el desarrollo de disciplinas tales como la psiquiatría Etnocultural.

1. Citizenship and Immigration Canada, Minister of Public Works and Government Services Canada 2003.

creada en septiembre de 1999. Se trata de una clínica externa de salud mental del Hospital General de Montréal, cuya función principal es la de proveer servicios de calidad a la comunidad lesbiana, bisexual y gay (LBG) así como a toda aquella persona que se cuestione su sexualidad, en un entorno protegido y sin prejuicios.

Los servicios que oferta son:

- Evaluación y diagnóstico realizado por clínicos sensibles a las repercusiones del heterosexismo y la homofobia en la salud mental.
- Psicoterapia a corto término (individual, de pareja, de familia o de grupo)
- Referencia a los servicios externos conscientes de las realidades de los LBG

Se trata de la única clínica psiquiátrica existente en Canadá de esta naturaleza, en donde además de los servicios ofrecidos a la comunidad se imparten cursos y se da formación práctica a los profesionales de la salud interesados en esta temática. No en vano el equipo de la misma es multidisciplinar y está formado por psiquiatras, psicólogos, sexólogos y enfermeras.

La aproximación teórica de la clínica es la terapia breve psicodinámica basada en las relaciones objetales, no obstante existe una notable apertura a otras aproximaciones³ Y aunque existen actividades grupales⁴ generalmente la terapia es individual, de modo que la psicoterapia psicodramática es bipersonal. Lo cual resulta una ventaja para algunos pacientes que podrían sentirse un tanto cohibidos al tratar temas sexuales en grupo (al menos en las fases iniciales de la psicoterapia), así como aquellos que mantienen situaciones de doble vida (relaciones LBG ocultas a una pareja heterosexual) y que se muestran especialmente sensibles respecto a la protección de su anonimato.

La mayoría de los pacientes que me son referidos son hispanoamericanos, por la ventaja de poder ofrecerles un servicio en español y por la proximidad cultural, puesto que tal y como ya destacábamos resulta esencial tener

en cuenta la diversidad cultural en el proceso terapéutico ya que en ocasiones influye poderosamente sobre éste. A este respecto presentaremos un caso de homofobia internalizada, de un varón que llamaremos Pedro proveniente de Colombia⁵.

Asimismo en el segundo de los casos que se presentarán, veremos la eficacia de las técnicas psicodramáticas en la terapia de apoyo de un caso de transexualidad (de hombre a mujer).

Homofobia internalizada.

Pedro es un varón de 34 años, que acude a la clínica porque desde hace unos meses se siente triste y sufre crisis de angustia, se encuentra aislado, su red social se limita prácticamente a su pareja, con quien mantiene una relación ambivalente que oscila entre la desconfianza y el apego inseguro. Solicita ayuda para poder vivir su sexualidad de una manera más abierta, "normal", siendo este uno de los motivos por los que decidió emigrar a Canadá, "aquí es más seguro" se muestra inseguro e insatisfecho con la manera en la que vive su sexualidad.

Basándonos en la descripción que Castañeda, M. hace de la homofobia⁶, destacaremos dos elementos en el caso de Pedro. El primero de ellos es el rechazo de la homosexualidad, que podemos ver reflejado en su ambivalencia con la pareja, el excesivo miedo a la vulnerabilidad y la vergüenza y la separación respecto del resto de los homosexuales. Por otra parte encontramos miedo a la confusión de roles. Que puede ser explicada por la visión femenina que se tiene de los homosexuales en Colombia, imagen que es rechazada por Pedro pero al mismo tiempo en algunos aspectos es representada⁶. Pedro tiene un lenguaje corporal claramente femenino que contrasta con su forma de vestir.

3. Dicho de otra manera el grupo de trabajo multidisciplinar es realmente multidisciplinar.

4. Grupo-análisis centrados en objetivos.

5. Innecesaria pero convenientemente señalaremos que por supuesto los nombres, lugares y cualquier dato que permitiera la identificación de las personas a las que se hace referencia han sido cambiados garantizando su anonimato.

6. Una manera complementaria de concebir la homofobia es entenderla como un todo formado por la xenofobia y la erotofobia. En la terapia con este tipo de pacientes consideramos que resulta de especial utilidad llevar a cabo esta matización.

A través de la técnica de la línea temporal distinguimos primeramente dos intervalos en la vida de Pedro, el primero de ellos correspondería a sus vivencias en Colombia, y en él estarían incluidas las escenas significantes respecto a su identidad homosexual. Entre ellas destacamos 3; la primera que tendría lugar a los 7 años en donde Pedro comienza a reconocer una atracción hacia personas del mismo sexo y, a los 12 años cuando es sorprendido por su madre mientras observaba a su padre desnudo, y al ver ésta que estaba excitado le manda al psicólogo para que le arregle. Y la tercera a los 17 años en la que es insultado por el que era su mejor amigo por ser afeminado.

En la ulterior etapa, que podemos llamar canadiense comenzaría a partir de que Pedro decide emigrar a Canadá con 30 años.

Esta técnica resulta especialmente útil ya que la información que Pedro va aportando en cada una de las sesiones es muy confusa, da la sensación que da vueltas y vueltas sobre un mismo punto antes de abordarlo y, que en cuanto lo toca, se vuelve a evadir como en una ruleta, da la sensación de que siempre se regresa a una fase caótica. Al ser repetitivo lo consideramos como parte de su estilo defensivo, Pedro confunde a los demás porque si los otros le conocen pueden dañarle. A un nivel consciente sería la pauta más destacada en su manera de comunicarse. En lo que se refiere a los aspectos contratransferenciales, Pedro suscita dos reacciones aparentemente contrapuestas; por una parte la sobreprotección y por otra el autoritarismo.

Y es que jugar el rol de Pedro genera angustia, en él cohabitan varios papeles que son los que van a producir su drama personal. De ellos nos centraremos en dos que nos parecen los más relevantes a la hora de comprender el conflicto. El primero es el rol de "niño llorón", cuyo locus correspondería a la expresión de la necesidad de sentirse amado, en una situación en la que Pedro vive una atracción orientada homosexualmente (la expresión de éste sería su excitación ante la figura del padre). Este locus se podría circunscribir a aquellas áreas corporales genitales y no genitales que puedan servir de base orgánica para dicha expresión. Este rol va a ser vivido en el contexto social de la cultura colombiana (machista y homofóbica). Asimismo en un segundo nivel, en el contexto familiar

Pedro es vivido como débil y afeminado, ante un padre que califica de autoritario y frío emocionalmente y una madre dependiente y manipuladora. Respecto a sus hermanos (tiene dos; una hermana pequeña y un hermano mayor) Pedro se encuentra más cercano de su hermana con quien llega a realizar algunas alianzas. El clima que Pedro nos describe es de un profundo secretismo llegándose a producir situaciones, como la escapada de la hermana de la casa o la misma homosexualidad de Pedro que supuestamente⁷ permanecen veladas.

En el tercer nivel, psicodramático el "niño llorón" se definiría por un estilo defensivo pasivo-agresivo, en el que la relación con los otros se basa en la pre-ocupación por el posible daño que pueden ocasionarle y la provocación del mismo, al provocar el daño se controlan sus consecuencias. Encontramos que en este nivel la resolución de la escena en la que es sorprendido por su madre nos parece esencial para la comprensión del conflicto.

El segundo de los roles que hemos dado en llamarle "el héroe sin pasado", surge como una manera diferente en la que Pedro trata de dar una respuesta al conflicto Pedro decide emigrar a Canadá y vivir sus 30 próximos años de felicidad. Pedro niega el conflicto y trata de evadirse la matriz que nutre a este rol está determinada por la relación que mantiene con su pareja a quien identifica como un yo auxiliar que le sostiene en su cosmovisión y al que puede controlar emocionalmente protegiéndose y a la vez privándose de un encuentro íntimo pleno.

El drama surge de la inadecuación de estos roles, entre ellos mismo y entre ambos y las circunstancias vitales (al fin y al cabo no está consiguiendo que sus años sean los más felices de su vida) El sufrimiento de nuestro

7. "Asimilan las imágenes de la homosexualidad —que ahora forma parte de una cultura globalizada y por ende internacional— Pero también aprenden los estereotipos y las etiquetas vigentes en sus propios países. Por ejemplo si la sociedad local considera que los homosexuales son afeminados, los homosexuales adoptarán gestos y maneras afeminados. (...) Por eso los homosexuales son más estereotipados (se ven más homosexuales) en los países en los que los roles masculino y femenino están más diferenciados. (pág. 124). Es característico de los secretos de familia el hecho de que sólo lo son para el interesado.

protagonista, manifestado como vemos en diferentes vías, es al menos en este momento lo más conocido que tiene, todo lo demás es nuevo y amenazante. Basándonos en nuestra experiencia consideramos que a través del juego de roles psicodramáticos podríamos tratar de flexibilizar estos roles a partir de la comprensión de los distintos hetero y antagonistas que forman parte de la historia personal de Pedro, pero topamos con dos dificultades: la primera es la resistencia de nuestro protagonista para jugar el rol de otros agonistas, y la segunda es su escasa tolerancia a la frustración (motivada en parte por su desconfianza) que hacen de la confrontación una amenaza a sus sistema de defensas.

De modo que de algún modo como terapeutas nos vemos atados de pies y manos, y ésta es quizás la solución dejar que la única persona a quien Pedro permite que le conozca y en la única en la que confía que ejerza de terapeuta. Así se le propuso a Pedro jugar el rol de su propio terapeuta. A continuación presentamos brevemente algunos fragmentos de la transcripción de la sesión.

En el escenario encontramos dos sillas colocadas en un posición de 45 grados como habitualmente se hallan en las sesiones, la silla que es usada por el paciente permanece vacía mientras que Pedro se encuentra en la silla del psicodramatista y el terapeuta se sitúa en diagonal detrás de él (fuera de su campo de visión pero dando la oportunidad de participar en la escena)

Terapeuta - ¿qué piensas de Pedro?

Pedro (terapeuta) - que es un buen chico que está empezando a tener buenos momentos, pero estoy confuso (se sale de su rol)

T - Si a veces yo también en el rol de terapeuta me encuentro confuso con Pedro (introduciendo de nuevo a Pedro en el rol)

P(T) - no entiendo

T - Yo a veces tampoco, a veces me cuesta comprender a Pedro en su estilo de comunicación.

P(T) - Yo sólo le creo el 70% de las cosas que dice.

T - Y el otro 30%, ¿es mentira?

P(T) - Él es manipulador.

T - A veces yo siento lo mismo.

(...)

P(T) - (dirigiéndose a Pedro paciente) ¿Qué es lo que quieres?

T - Eso, ¿qué es lo que quiere?

P(T) - (desdoblándose) lo que quiere es ser feliz.

T - Y cómo podemos ayudarlo.

P(T) - Ayudándole a olvidar el pasado.

(...)

A continuación se realizaría una redefinición de la relación terapéutica confrontando las ideas mágicas y situando a Pedro en la realidad de la relación en tanto que no se le iba a ayudar a olvidar el pasado sino más bien a comprenderlo y su terapeuta no puede responsabilizarse de su felicidad. En sesiones posteriores vimos un cambio en la actitud de Pedro que aunque se resintió caracterialmente (empezó a llegar tarde a las sesiones) se dinamizó su participación y se empezaron a abordar las situaciones correspondientes a la fase familiar.

Terapia de apoyo en un caso de Transexualidad (de hombre a mujer)

Bruno es un hombre de 45 años casado desde hace 18 y con una hija de 6, de ascendencia escocesa por parte del padre y quebecoise por parte de la madre. Tiene una hermana que es 6 años mayor que él. Siempre ha trabajado como vendedor aunque en la actualidad se encuentra en paro. Acude a la clínica porque quiere ayuda para poder convertirse en mujer. Dice que siempre se ha sentido mujer y que ahora es tiempo de llevar a cabo las modificaciones que sean necesarias porque sino va a ser demasiado tarde y siente que no puede seguir reprimiendo lo que siente. De hecho una semana antes de acudir al hospital dice haber hablado con su esposa. De ella nos dice que la ama y que no querría tener que separarse de ella, aunque comprende que no es una situación fácil, se siente muy comprometido con su rol de padre y no quiere perder a su hija a la cual adora. En la datos que poseemos de él, de la entrevista realizada por una psiquiatra del servicio, nos llama la atención el hecho de que siendo heterosexual, tiene dentro de su idea de mujer el tener relaciones sexuales con hombres, es decir devenir una mujer heterosexual (más adelante Bruno nos explicará que considera que es lo "normal")

En la primera entrevista Bruno se muestra frío y racional, sorprendentemente llega unos 20 minutos tarde⁸ (más adelante nos explicaría que el motivo fue porque su mujer sabiendo a donde venía le dio un abrazo y él quiso aprovecharlo) nos habla de cómo desde que era pequeño sentía que tenía un problema y que si había hablado con su mujer era porque ella empezaba a sentirse mal (desde hace dos años no mantienen relaciones sexuales) y entonces él sintió que no era justo que ella no supiera que en realidad el problema no era suyo. Dice que gracias a que gran parte de su trabajo lo ha podido hacer desde casa ha podido pasar mucho tiempo con su hija y que con ella ha podido jugar mucho, en los juegos él selecciona roles femeninos y la hija le felicita por lo bien que lo hace. En sesiones posteriores su actitud varía a ser menos flemática.

Gracias una vez más a la técnica de la línea temporal obtenemos una visión clara de las escenas significativas para Bruno. Entre ellas destacamos varios segmentos, el primero correspondientes a su infancia hasta los 18 años, nos dice que vivió en una pequeña ciudad aislada culturalmente (como ejemplo nos dice que la primera vez que vio a un negro fue por televisión y que luego con el tiempo llegó a instalarse una familia), de esta época destaca una escena en la que yendo con su padre por la carretera pasaron enfrente de un Asilo Psiquiátrico y él sintió que era el lugar donde tendría que estar. A partir de los 18 años se traslada a Montréal donde recuerda varias escenas en las que con amigos tiene experiencias con drogas (alcohol y marihuana) y con el sexo (siempre relaciones heterosexuales) recuerda que por el comentario que le hacía un amigo siente que estaba pasando por lo mismo, pero él siempre lo mantuvo oculto. A los 25 años encuentra a la que es en la actualidad su mujer, de ella nos dice que fue la primera vez que se enamoró y que ella le amaba a pesar de que en aquella época, nos dice haber sufrido problemas con la alimentación y estar demacrado, él se siente amado a pesar de su aspecto.

Con 39 años su mujer queda embarazada, es un hijo no esperado y están a punto de perderlo pero finalmente se salva y él lo vive como un milagro.

Con 45 piensa que es el momento para ser sincero consigo mismo y dejar ser quien es, que "ahora tengo la oportunidad de hacer algo y si lo dejo de lado sé que va a volver".

La técnica de la futurización nos pareció especialmente útil para explorar sus fantasías, ciertamente resulta muy difícil entrar en este plano de comunicación con Bruno de hecho en una ocasión en que le preguntamos acerca de sus sueños respondió que: "mis sueños son normales". De modo que optamos por la técnica de la futurización tratando de que Bruno se imaginara y tuviera la oportunidad de jugar en el espacio psicodramático el rol de mujer. En el juego muestra una gran resistencia (en realidad lleva resistiéndose toda su vida) y sólo en las últimas sesiones se permite desempeñarlo con una mayor soltura y espontaneidad, de hecho reconoce disfrutar haciéndolo. En el contexto social solo se permite hacerlo, como ya hemos visto en cierta manera con su hija y con su hermana quien además le invita a ir juntas a probar maquillajes y vestidos.

Gracias a esta técnica hemos empezado también a planear de qué manera se puede manejar la situación familiar, hasta que punto el quiere llevar a cabo la transformación, para Bruno es necesario ir dando pasos lentamente antes de lanzarse a una terapia hormonal o la cirugía plástica, de hecho se muestra muy sorprendido al encontrar, a través de internet grupos de transexuales que no han llevado a cabo la cirugía y que viven su identidad como mujeres. Asimismo hemos comenzado a explorar las posibles fantasías sexuales en las que él se ve como mujer siendo penetrada por hombres.

El drama de Bruno se presenta entre las dos imágenes, la de permanecer con su esposa, y al mismo tiempo la de ser mujer, cada una de las cuales con sus distintas fantasías. El trabajo que estamos realizando con él se centra en este punto de dos maneras, por un parte como ya hemos visto a través de la futurización y el juego de roles. Y por otra con la sugerencia de trabajar con su esposa, en sesión.

8. Este dato que puede resultar llamativo en un terapia lo es extraordinariamente en el contexto cultural en el que nos encontramos, en el que un retraso se considera una de las peores faltas de educación.

4.3.4. Teoría dramaturgica de la hipnosis

Adolfo J. Cangas, Marino Pérez y José M. García
Universidad de Almería y Universidad de Oviedo

Bibliografía

Castañeda, M. (1999). La experiencia homosexual. Para comprender la homosexualidad desde dentro y desde fuera. México D.F.: Paidós.

Crépault, C. (1997). La sexanalyse. Paris: Payot.

Isay R. A. (1989). Being homosexual. Gay men and their development. New York.: Avon Books.

Moreno, J. L. (1978). Psicodrama. Buenos Aires: Hormé - Paidós.

Schutzenberger, A. A. (1970). Introducción al psicodrama en sus aspectos técnicos. Ed. Aguilar.

Tétu de Labsade, F. (1990). Le Québec un pays, une culture. Canadá: Boréal.

La hipnosis tiene una larga historia como proceso psicoterapéutico, incluso para algunos se encuentra en el inicio de la Psicoterapia (Ellenberger, 1970). Así, ya no sólo el psicoanálisis se mostró muy influenciado por sus técnicas (baste recordar los inicios de Freud con la hipnosis) sino previamente, tanto a finales del siglo XVIII (con Mesmer y Puységur principalmente) como en las postrimerías del XIX (Charcot, Berheim, Freud) y en nuestro siglo (Eyseck, Salter, Hilgard, etc.) ha sido una técnica ampliamente difundida.

Ahora bien, su éxito social ha sufrido múltiples vaivenes, teniendo época doradas y periodos de absoluto rechazo en ámbitos académicos. Así, a finales de siglo coincide que son los periodos de máximo esplendor para pasar a ser posteriormente prácticamente olvidada. Esto probablemente tenga que ver con el excesivo ánimo con el que se presentaba inicialmente, suponiendo que era algo "nuevo" y de gran efecto que, por supuesto, no es cierto y acaba siendo profusamente rechazado¹.

Por lo que se refiere a su utilidad clínica, la hipnosis se ha aplicado prácticamente a todos los trastornos (Rhue, Lynn y Kirsch, 1993),

1. Ejemplos de esto los tenemos claramente en Mesmer y en Charcot; en el primer caso, con Mesmer el éxito fue tal que el rey de Francia llegó a crear dos comisiones compuesta por los científicos más importantes del momento para ver si el magnetismo realmente curaba, pasando posteriormente a ser un producto reducido de la parapsicología y totalmente marginal. Con Charcot pasó algo parecido, de ser el grande hypnotisme se convirtió en algo totalmente rechazable en ámbitos serios.

aunque esto no quiere decir que su efectividad sea la misma. De hecho, en estudios controlados, únicamente parece tener una eficacia probada (sin estar contaminado sus resultados por otras técnicas) en problemas relacionados con la interpretación de sensaciones físicas, como es en el dolor crónico (Wadden y Anderton, 1982). En el resto de alteraciones su eficacia particular estaría por demostrar.

Antes de pasar a explicar cómo se entendería este fenómeno, es necesario, aunque sea rápidamente, indicar diferentes ideas erróneas muy difundidas sobre la hipnosis. Existen diversos mitos que se han ido consolidando a lo largo de la historia, ya no sólo entre el público en general sino también incluso entre ciertos profesionales. Con ello queremos indicar que efectivamente la idea que se tiene de la hipnosis, en general, no corresponde con lo que en realidad es este fenómeno. Ejemplos de estas ideas incorrectas se muestran a continuación:

- La hipnosis es un estado alterado de conciencia donde las personas normalmente no se dan cuenta de las acciones que realizan.
- El sujeto en hipnosis realiza cualquier cosa que le pida el hipnotizador.
- La hipnosis mejora determinadas destrezas y habilidades, pudiendo hacer que la persona hipnotizada realice acciones que en estado normal no haría.
- Cualquier persona puede ser hipnotizada aunque trate de resistirse.
- Es imposible simular que uno está hipnotizado.
- Las respuestas a las sugerencias ocurren de un modo involuntario.
- La hipnosis es peligrosa.

Todos esos aspectos son falsos. Este tipo de ideas suelen ser muy difundidas por los espec-táculos de hipnosis (por lo demás comunes) y también ciertas creencias se han ido consolidando históricamente (no hay que olvidar tampoco el parentesco de este fenómeno con la parapsicología). Así, ya el propio término hipnosis (que proviene de *hypnos* o sueño) es un aspecto erróneo. La hipnosis no tiene nada que ver con el sueño (únicamente la persona hipnotizada muestra una apariencia de "adormecimiento" pero no está dormida. Por ejemplo, si se declarase un incendio o hubiese una amenaza para su vida bien seguro que

actuaría de un modo totalmente "alerta". De un modo más riguroso, no se ha encontrado ningún registro psicofisiológico que nos indique que estemos ante un proceso distinto (como sí ocurre en el sueño), tampoco es cierto que la persona no nos pueda oír, reaccionar, etc. como ocurre en estados diferentes a la vigilia. Únicamente en la hipnosis la persona muestra este comportamiento de "adormecimiento" ya que es lo que le sugiere el hipnotizador (indicando por ejemplo, "cada vez estás más dormido", "quieres dormir", etc.), que forma parte de la liturgia en este proceso aunque el hipnotizador sepa también que no se trata de una forma de sueño.

Por supuesto la hipnosis tampoco supone un trance o un estado especial de conciencia. A lo que se parece experiencialmente es a la relajación (aunque no es estrictamente necesario que la persona esté relajada, se puede hipnotizar igualmente en un estado de "alerta" o de actividad).

También, todo lo que se puede conseguir bajo hipnosis se puede lograr igualmente mediante otros procedimientos. En este sentido, la hipnosis no añade nada nuevo a las técnicas psicológicas ya existentes. Más bien se vale de las mismas y de diversos efectos para servir de coadyuvante en la práctica clínica (Barber, 1988).

Por todo ello, la hipnosis no supone un peligro en sí y, desde luego, se puede simular. Es más, en infinidad de estudios experimentales a hipnotizadores expertos les resultó imposible discernir cuando una persona estaba siendo hipnotizada realmente y cuando estaba simulando (cuando se pidió previamente a ciertas personas hipnotizadas -sin saberlo el hipnotizador- que fingiesen estar hipnotizadas).

Ahora bien, todo esto no significa entonces que la hipnosis no exista o que el comportamiento que realicen los sujetos hipnotizados sea mero fingimiento o superchería. Desde luego, no es necesario ni pagar a las personas hipnotizadas, ni coaccionarla para que realicen el comportamiento hipnótico. Más bien de lo que se trata es de persuadirlas en la práctica de que están en una situación distinta (mediante diversas estrategias como comentaremos posteriormente); a su vez se cuenta con un cierto grado de aquiescencia general de los sujetos (o sugestionabilidad, que es una característica -en mayor o menor medida- común a todas personas; es

decir, habitualmente nos prestamos a las demandas de los demás -en este caso a las instrucciones de hipnosis- mientras no violen ciertos límites). Además, hay que tener presente que en la hipnosis la mayor parte de los participantes son voluntarios y están interesados en este tipo de experiencias.

De este modo, para entender este comportamiento una de las propuestas más interesantes es la desarrollada por Theodore Sarbin (Sarbin, 1950; Sarbin y Coe, 1972). La misma entiende que la hipnosis supone una representación de papeles, un guión que tanto hipnotizador como hipnotizado saben perfectamente cómo desempeñar. Ahora bien, lo llamativo de la misma ya no es sólo que uno represente un papel (que, de hecho, lo podemos hacer en diferentes contextos de la vida) sino que se trata de una actuación que, como diría Orne (1959), contraviene la "lógica habitual"; es decir, la persona hipnotizada tiene que decir, por ejemplo, que no recordó nada durante la hipnosis (cuando de hecho no es así), que ella no hizo nada, que las acciones "ocurrieron por sí mismas" (cuando, en realidad, se requiere la colaboración y participación activa del sujeto), que vio algo que en realidad no existe, etc. En este sentido, la persona hipnotizada se encuentra en una situación "dramática", ya no solo por la representación que supone su comportamiento, sino por la difícil solución que tiene una "salida airosa" de esa situación. Quizá, precisamente lo más sencillo sea seguir literalmente toda la ceremonia y, por supuesto, no pretender "criticarla" o explicarla de otra manera a la que nos sugiere el hipnotizador y el propio contexto (estaríamos así hablando tanto de una forma de engaño como de autoengaño; Pérez Álvarez, 2001).

Para ello, bien es cierto que el hipnotizador juega con cierta ventaja sobre el sujeto hipnotizado. Por lo pronto, el hipnotizado difícilmente tiene datos objetivos o sensaciones discernibles que pueda "demostrar" que efectivamente está hipnotizado. Es más, por lo común en las primeras experiencias hipnóticas las sensaciones -cualesquiera que sean- no suelen ser tan intensas o el sujeto no se mete del mismo modo en el papel que cuando ya ha actuado varias veces. Además, por lo común se empieza por sugerencias relativamente sencillas de cumplir y las más comprometidas suelen ser las últimas (cuando uno ya está realmente "comprometido" con la práctica hipnótica).

Por tanto, de lo que se trata precisamente en la hipnosis es de indicar al hipnotizado (de un modo sutil) que lo que ocurra o experimente -y algo va a sentir o experimentar- se debe al efecto de la hipnosis; que era "eso" precisamente lo que se estaba buscando. Por ejemplo, en la hipnosis es fácil que la persona indique que ha estado relajada. Este aspecto es común precisamente por el tono de voz que se utiliza (bajo y monótono), la situación (en un sitio cómodo, de poca estimulación o centrada básicamente en la voz del hipnotizado -con los ojos cerrados- y lo que nos pide), las instrucciones que se dan (de adormecimiento o relajación) que, evidentemente, pueden provocar sensaciones de relajación (lo extraño sería casi lo contrario). Sin embargo, de lo que se trata es que el hipnotizador señale que lo que le pasa a la persona (en este caso, que se está sintiendo relajada) se debe precisamente o es una "prueba" de que "está siendo hipnotizada". Es decir, el hipnotizador aprovecha un fenómeno natural -como es la relajación- para hacerlo pasar por algo distinto o debido exclusivamente al "efecto de la hipnosis". De igual modo, prácticamente todas las técnicas de inducción hipnótica hacen uso de recursos similares, aprovechando sensaciones habituales, efectos de la imaginación o concentración, etc. que hacen pasar por "distintas" o específicas de la hipnosis (Cangas, 1998).

Es así como fácilmente la experiencia subjetiva queda comprometida en una práctica rotulada de hipnosis. Lo mismo ocurre con el comportamiento que manifiesta el sujeto hipnotizado. Generalmente el hipnotizador le hace inicialmente peticiones sencillas para ver cómo responde (son las pruebas de sugestionabilidad). Si el sujeto reacciona adecuadamente -las cumple- el hipnotizador le va sugiriendo peticiones cada vez más difíciles. Ahora bien, una vez que uno está comprometido, lo más sencillo es seguir con la práctica o, dicho al revés, resulta más difícil "romper" la ceremonia hipnótica (a no ser que en las peticiones se sobrepase ciertos límites personales).

Asimismo el hipnotizador juega con la ventaja que haga lo que haga el sujeto el dirá que eso precisamente es lo que se pretendía. Si, por ejemplo, se pide al sujeto que mantenga tenso el brazo recto si, pongamos por caso, la persona no lo realiza y lo deja algo flojo en ningún caso le dirá finalmente que no estuvo suficientemente tenso, simplemente finaliza la

acción señalando que eso es lo que se pretendía. Es decir, en la hipnosis es muy difícil que haya un fracaso, Primero, porque si el sujeto es poco sugestionable (que lo evaluamos con sugerencias sencillas) y comprobamos que no lo es ya no continuamos la práctica. Y, si seguimos, haga lo que haga eso "siempre será lo que estamos buscando".

Asimismo, el modo de utilizar el lenguaje (utilizando siempre un modo impersonal) no diciendo al sujeto por ejemplo que él es el responsable de la acción sino que se debería al efecto de la hipnosis (en una sugestión, como puede ser la de levitación del brazo, no se diría por ejemplo "eleva tu brazo", sino que se le indicaría "tu brazo se está elevando"). Con esto sugerimos que el responsable de la acción no es el propio sujeto, sino que se debe al "efecto de la hipnosis".

Además, es habitual el empleo de adverbios que hacen más probable la realización de la acción (poco a poco, de alguna manera, cada vez más, etc.). Así, siguiendo con la misma sugestión, se señalaría tu brazo se eleva "poco a poco", "de alguna manera", "cada vez más", etc. De este modo, aunque la persona hipnotizada no lo eleve mucho en el aire o lo haga lentamente, en cualquier caso, se cumple la instrucción que le estamos dando.

Todo ello, además, en el contexto de la presión del público (si lo hubiera) o ante la exposición a las consecuencias que dispense el propio hipnotizador (que le pida que repita la práctica, que le señale que no se concentra bien, etc.). Además, el sujeto tampoco es fácil que tenga una explicación alternativa a todo lo que está pasando, por lo menos, en el momento que está siendo hipnotizado.

De este modo, se convence así a la persona de que efectivamente está siendo hipnotizada o que se encuentra en una situación distinta (Kidder, 1972). La hipnosis no es entonces que no exista sino mas bien se trata de una representación de papeles, un proceso persuasivo donde se le induce a la persona a creer que está en una situación "distinta" (siempre contando con la colaboración del propio sujeto).

Referencias

- Barber, T.X. (1988). Los procedimientos hipnosugestivos como catalizadores de las psicoterapias. En S.J. Linn y J.P. Garske (eds.). *Psicoterapias contemporáneas*. Bilbao: DDB:
- Cangas, A.J. (1998). Análisis conductual del comportamiento hipnótico. *Acta Comportamentalia*, 6, 61-70.
- Ellenberger, H.F. (1970/1976). *El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la psiquiatría dinámica*. Madrid: Gredos.
- Kidder, L.H. (1972). On becoming hypnotized: How skeptics become convinced: a case study of attitude change. *Journal of Abnormal Psychology*, 80, 317-322.
- Orne, M.T. (1959). The nature of hypnosis: Artifact and essence. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58, 277-299.
- Pérez Álvarez, M. (2001). Engaño y autoengaño en la hipnosis. En J. Gil Roales-Nieto y G. Buela-Casal, eds., (2001). En J. Gil-Roales Nieto y G. Buela Casal, eds., *Hipnosis. Fuentes históricas, marco conceptual y aplicaciones en psicología clínica* (pp. 81-104). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Rhue, J.W., Lynn, S.J., y Kirsch, I. (1993). *Handbook of clinical hypnosis*. Washington: APA.
- Sarbin, T.R. (1950). Contributions to role-taking theory I: Hypnotic behavior. *Psychological Review*, 57, 255-270.
- Sarbin, T.R. & Coe, W.C. (1972). *Hypnosis: a social psychological analysis of influence communication*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Wadden, T.A. y Anderton, C.H. (1982). The clinical use of hypnosis. *Psychological Bulletin*, 91, 215-243.

4.3.5. La vivencia del paciente con enfermedad oncológica

Fabiola Cortés-Funes Urquijo
 Coordinadora de la Unidad de Psico-Oncología
 Hospital U. 12 de Octubre de Madrid

El trabajo con pacientes oncológicos nos enfrenta, en muchas ocasiones, a situaciones difíciles de asumir como profesionales y como personas. El acompañamiento a los pacientes y la empatía nos sitúa en lugares difíciles de transitar, pero que también nos aportan una gran experiencia de encuentro humano. Si en alguna de estas ocasiones podemos llegar a encontrarnos con el otro y transmitirle que no está solo ya que nuestro compromiso va en la línea de estar con él mientras nos lo permita, esto habrá cubierto las partes de nuestros objetivos.

En ocasiones los pacientes nos transmiten muy claramente su experiencia y por ello reproduzco algún texto que nos han proporcionado y ante todo les agradezco enormemente la posibilidad que me han brindado todos ellos de poder estar a su lado en momentos tan difíciles.

"Me llamo B., tengo 35 años y soy enferma de cáncer. Me propusieron que escribiera sobre la relación Médico-Paciente en Oncología en primer lugar, y más tarde sobre la relación Médico-Paciente a lo largo de los tratamientos y durante el seguimiento. Para hablar de todo esto me tengo que remontar a 1997 cuando me diagnosticaron cáncer de mama.

En principio yo fui pensando que era un bulto de grasa (que es lo que me dijeron en el ambulatorio de mi zona) y que sería algo sin importancia.

Nada más verme directamente en ginecología me remitieron de inmediato a oncología porque el tumor estaba muy extendido.

Cuando te dicen que tienes "Cáncer", al principio no lo asimilas, no te das cuenta de nada y parece que va todo a ser un mal sueño.

La forma de decirme que tenía la enfermedad fue directa. Al principio te parece un poco duro aunque después (y yo siempre espero que sea así), es mejor. Decirte la verdad por muy duro que sea te ayuda primero a saber lo que tienes y en segundo lugar a saber afrontarlo de la mejor manera posible. Tuvieron que darme quimioterapia fuerte (4 sesiones) antes de poderme cortar el pecho para poder reducir el tumor. De esa época recuerdo a la figura del oncólogo casi como la de mi "padre". Le conocía de "oidas" ya que lo había sido de mi madre. Él, cómo todo el equipo de oncología (algunos de ellos ya no están en el 12 de Octubre) fue encantador conmigo desde el primer momento. Nunca me engañaron con mi enfermedad, me ayudaron en lo que pudieron y siempre me han tratado con cariño y amabilidad. En esa época no había gabinete psicológico como ahora, sólo existía una voluntaria que te atendía cuando podía (pero muy bien). Ahora afortunadamente las cosas han cambiado.

Después de la quimioterapia pasé a Ginecología para que me cortaran el pecho. Fueron también muy amables en todo momento pero no hubo un trato tan directo como con los oncólogos. Después de la operación me volvieron a dar más quimioterapia pero esta vez fueron dos sesiones muy duras de semitensificación, cambié de oncólogo y en principio me molestó porque estaba acostumbrada al primero y este Doctor nuevo me parecía muy distante. Todo fue al contrario, aunque el trata-

miento fue duro el trato con este doctor me pareció buenísimo, es una persona seria, pero a la vez es muy cariñoso y comprensivo. Al terminar con la quimio me dieron bastantes sesiones de radioterapia y me pasó lo mismo que en los anteriores equipos: no sé si tuve mucha suerte, pero topé con gente muy amables, profesional y cariñosa (que es muy importante cuando estas enfermo).

El trato en el hospital en esta primera etapa de mi enfermedad fue ejemplar no solo para mí, sino también para mi familia. Las únicas ¡quejas! Por llamarlas de alguna manera son las esperas (pero te acostumbras con el tiempo) en la consulta y en realizarte alguna prueba.

He pasado también por otros equipos dentro del hospital y no me gustaría dejarlos de lado: por una parte el equipo de cirugía plástica que además de "arreglar" lo que casi no tenía fueron encantadores conmigo. En segundo lugar, tengo que hablar del equipo de fisioterapia para el brazo. De la fisioterapeuta es que se ha producido una relación de amistad. (A veces cuando tengo que ir a hacer algo al hospital me paso a verla porque es divertidísima).

A finales de 1998 me recuperé y empecé una nueva vida con nuevo trabajo, casa, amistades...pero como la suerte no dura eternamente volví a recaer en enero del 2001. Ya no se trataba del pecho sino del hígado, huesos, pulmón y cerebro. Fue en una revisión y no me llevé ninguna sorpresa cuando me lo dijeron al principio, porque se suponía (y así ha sido) que me darían quimioterapia leve y podría llevar una vida al menos "normal".

Lo duro fue cuando me contó el oncólogo, que tenía una lesión cerebral y que me tenían que dar radioterapia y se me volvería a caer el pelo (soy muy presumida y me afecta). Accedí y ya llevo más de un año teniendo que ir a quimioterapia semanal. Ahora la relación con mi oncólogo es muy directa, al vernos tan a menudo se crean incluso lazos de amistad y no tengo ningún problema a la hora de preguntarle cualquier cosa sobre la enfermedad.

Él tiene sus "días" igual que creo que yo tengo los míos pero aunque tienen "exceso de trabajo" creo que deben esmerarse más en ser cariñosos con los enfermos, porque hay personas especialmente sensibles.

Quiero resaltar también el trabajo de gente que está un poco más a la sombra pero con un afán de superación y de trabajo en equipo muy bueno: "las enfermeras del hospital de día". Son las responsables de ponernos y aguatarnos durante las horas que dura el tratamiento. Son cariñosas, serviciales y muy amables y creo que como con el resto he establecido una pequeña amistad.

Quisiera terminar diciendo, aunque parezca mentira, que mi relación con los distintos Drs. y Dras ha sido siempre muy buena. Confío plenamente en su criterio (hasta ahora las cosas me han ido bastante bien).

Muchas veces tendemos a "Endiosar" a los médicos y tampoco me parece que se tenga que hacer así.

Creo que lo mejor es llevar las cosas con la mayor naturalidad posible, tanto para la familia como para el mismo enfermo. Para mí, la verdad sobre mi salud es fundamental al igual que en mi familia.

También la relación médico-paciente depende no solo de la actitud del facultativo sino también de la que tenga el mismo enfermo sobre su enfermedad.

Sinceramente pienso, para terminar, que si un enfermo comprende su enfermedad y la asimila, la relación con su médico y también con su familia será mucho más fácil. Creo que la sanidad pública (en mi caso) en cuestión de trato al paciente ha mejorado mucho y confío que lo siga haciendo para bien de todos".

B.

El siguiente paciente se encontraba en tratamiento de intensificación de quimioterapia y este le obligaba a estar ingresado sin poder salir de la habitación durante 25 días y sufrir muchos efectos secundarios debidos a la quimioterapia.

"En mi opinión, producto de la experiencia que llevo acumulada (casi 5 años luchando con la enfermedad), algo muy importante que pueda convertirse en un arma a favor del paciente, es la "aceptación" de lo que tienes, lo cual no significa "rendirse" ante el mal. En mi caso, el aceptar (en éste caso) tener que ingresar 3 semanas y padecer en mi cuerpo una verdadera revolución que te "machaca" sin más hasta

el límite, y no tener miedo me ha servido de mucho para llevarlo lo mejor posible. A partir de ahí buscar la paz interior o esa "voz" tranquilizadora que todos tenemos y que a veces no escuchamos. Y luego está, por supuesto, el humor. Porque aunque está claro que no te vas a reír a carcajadas, e incluso que te cueste muchísimo regalar una simple sonrisa, en mi caso, al menos, procuro encontrar esa risa o especie de cosquilleo interior que, a veces, incluso me sorprende a mí mismo viendo el estado en el que estoy. Para mí, toda esta serie de cosas además de la Fe en mí mismo y en mi fuerza interior es lo que más me ayuda a elevar esta experiencia, que considero dura como pocas, con todo el ánimo posible y pensando en un futuro bien distinto. Luego están las pequeñas cosas como por ejemplo la música, lectura, etc pero la verdad es que tampoco las disfrutas plenamente, aunque sirven para entretenir. Por último, espiritualmente, yo que creo en Dios, pero en uno muy personal y con el cual tengo una profunda experiencia, puedo decir que me sirve también de gran ayuda a la hora de reflexionar sobre cosas más filosóficas y es el que me ayudó en su día a no tener miedo a la muerte, y en consecuencia, perder el miedo a casi todo. Nada más, lo demás ya te lo contaré, ahora no tengo tiempo."

I.

La siguiente paciente vino a la consulta derivada por el oncólogo debido a su negativa a recibir el tratamiento de quimioterapia. Estuvo viniendo a terapia durante un año y la decisión de no recibir la quimioterapia no varió, aunque su situación psicológica mejoró.

"Tengo 25 años y un tumor que ha boicoteado mi vida. No es que sea algo nuevo porque me lo descubrieron hace 7 años.

Era algo fácil de llevar porque no tenía síntomas y podía llevar una vida perfectamente normal. He madurado rápidamente con ese diagnóstico y quizá de una forma demasiado intensa para mi edad.

Pero las cosas han cambiado...han llegado los dolores, fiebre, cansancio... y todo lo que había construido y creído se ha desmoronado a lo largo de estos 10 meses que llevo enferma.

Ahora lucho con el aburrimiento más absoluto por todo, siendo ahora lo más importante para mí encontrar algo que me ilusione y me de

ganas de seguir luchando y viviendo. Es difícil. Sobretudo cuando ha habido médicos que me han sentenciado a muerte. Todavía me pregunto cómo hay profesionales de la salud, que con total seguridad se atreven a acabar con la esperanza y ganas de luchar de personas que, precisamente, serían a las que más ánimo habría que darles.

La realidad no está reñida con la esperanza y nadie, absolutamente nadie, está seguro de nada, y más si hablamos de CANCER.

Ahora mismo recibo un tratamiento sintomático que me mantiene más o menos bien, pero sé que ésta no es la solución.

Me recomiendan que pruebe con la quimioterapia, pero tengo demasiado miedo y dudas sobre su eficacia. No entiendo cómo para retrasar el crecimiento (muy lento, en mi caso) de mi tumor en el hígado, hay que matar el resto de mis células sanas, con las repercusiones que eso acarrearía a corto y largo plazo. Creo que es un precio demasiado alto, por lo menos en la situación actual en la que me encuentro.

A veces me siento ir contracorriente, por un camino muy incierto que me marca mi propia intuición, pero que es el único que me hace sentirme viva y con esperanza. No tengo todas conmigo, pero ¿¿y quién las tiene??

Cansa mucho por donde voy pero cuento con unos padres incondicionales que han aprendido a entender y respetar mis decisiones. ¡¡¡Qué difícil (viéndome a veces tan malita) y cuánto les admiro!!!

Son muchas cosas las que estoy aprendiendo pero la más importante es la de creer en uno mismo y en la importancia del amor.

Un beso,

S."

Creo que los tres casos expuestos pueden reflejar en resumen algo de lo que la enfermedad puede provocar a las personas. Son tres experiencias diferentes, vividas en personas diferentes con situaciones diferentes y como tal nos tendremos que acercar a ellos.

4.4. La agresividad en las psicoterapias

Moderadora: Esperanza Fernández Carballada

4.4.1. La Agresividad en las psicoterapias: un apunte explicativo

Teodoro Herranz
Director de la Escuela de Psicoterapia y Psicodrama

Resumen

Cuando me puse a escribir esta comunicación pensé en considerar diferentes teorías de la agresividad en las psicoterapias y en diferentes ámbitos de aplicación.

El resultado que aquí se presenta es un apunte donde se sostiene una hipótesis, una hipótesis osada con el deseo de provocar intentos de falsación, desde los propios mundos de la psicoterapia.

La sencillez de la hipótesis permite su operatividad su refutación o su extensión.

Nuestro apunte intenta diferenciar violencia, agresividad, y repensar la funcionalidad de la agresividad al servicio de la vida.

Palabras Clave

- Agresividad,
- Violencia,
- Criterios de salud.

Introducción

La hipótesis que sostenemos es que el sufrimiento mental está relacionado con una utilización inadecuada de la agresividad. Por tanto cualquier trastorno emocional lo vamos a poner en conexión con su utilización.

II: Donde contextualizamos la violencia

a. En lo interpersonal:

b. En lo intrapersonal.

En lo interpersonal nos sirve mucho un apunte; de Maturana " Lo biológico es todo lo que tiene que ver con seres vivos.. en sentido estricto la violencia pertenece a un espacio de lo biológico... como un fenómeno que se da en el vivir de los seres vivos y en particular en nuestro vivir. (Maturana 1995, pág 70)

Esta línea de pensamiento es una de las que guía hoy nuestro trabajo.

c. En lo intrapersonal:

Tenemos que diferenciar entre dos modos de acercarnos lo:

- explicativo o creador de explicaciones, que hoy nos sobrepasa. y que nos situaría en una concepción de violencia y agresividad que se ubicaría en un supuesto mecanismo, aparato o chisme mental que lo genera, por razones que el propio mecanismo cree que necesita generar.
- La otra vía es coger trocitos del sistema mental, atrapado por la violencia, y buscar su comprensión, este es el otro modo de trabajar que hoy proponemos.

III. De la propuesta a su realización.

Si miramos los títulos de esta mesa quizás nos venga bien buscar un espacio común que parte de pretender saber si tienen algo en común, Esa mirada a la común la realizamos desde la siguiente cita de H, Maturana:

"En mi opinión nuestra cultura patriarcal centrada en la dominación y el sometimiento en las jerarquías, en la desconfianza y en control en la lucha y la competencia, es una cultura generadora de violencia porque vive en un espacio relacional de negación del otro". El otro no tiene presencia salvo en la oposición que se vive como una amenaza que desaparece solo cuando se somete. (Maturana Biología y Violencia 1995, pág 86).

Desde este modo de pensar, los diferentes ámbitos de explicación que nos mueven a pensar son:

- El suicidio (Girol Vizcay 2003) buscar su conexión con la violencia, nos lleva a plantearnos cual es el modo en que una persona siente que ya no tiene que someterse al otro, la propia desaparición alimenta una fantasía, de que naturaleza es la fantasía que alberga el deseo de la no existencia.

Caín apunta una vía de investigación donde la propuesta de estudio es solidamente operativa, explicar el suicidio es explicar una fantasía, ya que nadie tiene experiencia de la muerte, luego la búsqueda de la fantasía su conocimiento, es la búsqueda de los espacios vitales de negación del propio sujeto, de su existencia, es la negación del dolor de estar vivo con la falsedad de una supuesta dulzura asociada a la inexistencia.

Hace ya tiempo Menninger establecía una preciosa diferencia entre la biofilia y la necrofilia, nos enseñaba que el amor a la vida puede ser sometido por la violencia del amor a la muerte, quizás la propuesta que más adelante vamos a considerar sirva para zancadillar el poder seductor de lo intangible y la fantasía "hidráulica" de principio de siglo donde el bienestar suponía el pasar al estado de no existir.

- Los pacientes psiquiatrizados. Hace muchos años, pero muchos años, cuando tuve la fortuna de poder conocer los hospitales psiquiátricos, lo hice de la mano de un gran ser humano y amigo el Dr. Amaya. En aquella época se hablaba de un papellón de agudos, donde mi función como psicólogo era la de digerir la sorpresa y apuntarla con nombrecillos que yo me sabía. Recuerdo la broma no aniquiladora, todos los que andábamos por allí estábamos llenos del romanticismo de creer en las capacidad de la sanación, supongo que se nos podría haber considerado unos hippies de la locura. Pero en aquella época los pacientes tenían el nombre del síntoma más florido " Atiende al torero, al genio, ...".

Hoy tenemos un trocito de una experiencia donde se busca disfrutar con los pacientes psiquiátricos, Julia Riego, nos va a transmitir como se le ocurre dinamizar, y jugar con los pacientes "psiquiátricos", es difícil a mi entender no usar la violencia de la salud que niega la salud del otro en los sitios cerrados, pero como dicen en las películas quizás eso merezca otro espacio y por su puesto mucho más estudio que el que aquí podemos mostrar.

Otro tema que nos parece que merece la pena ser considerado tiene que ver con la atención en servicios sociales.

- El trabajo de José María Ferro y Ramón Oria, se plantean la necesidad de la autoridad como "cosa" que hay que usar en la intervención.

Me voy a permitir contextualizar la violencia que supone la negación de la condición humana más básica. A mí entender una violencia tan fea como violencia de la biología que decide quitarte la salud o las facultades mentales es la violencia de la pobreza. Se decreta un mundo donde se puede existir, la identidad de la miseria, y como sujeto miserable se tiene derecho a ser dignamente un miserable.

No voy a hacer aquí una manifestación ideológica a pesar del desgarro que me produce la pobreza y el hambre pero entiendo que no es el lugar. Si en los años setenta era una hippie de la salud mental, hoy con muchos más años soy un hippie de los derechos humanos, y la peor violencia que conozco es la que te retira el derecho a ser un ser humano, y te la sustituye por el derecho a ser un pobre.

En este contexto la gente reivindica, pelea no se muy bien por qué, y la autoridad nunca sabré lo que es si no pasa por el reconocimiento del otro, hay mi entender debe manejarse desde un espacio de amor.

- El siguiente ámbito de estudio, que vamos a mirar es el mundo de la psicopatología. Aurelio Argaya 1995, en su trabajo sobre la agresividad y la violencia en la sociedad actual, pasando por un estudio muy preciso de la obra de Freud y la agresividad a la largo de su historia, nos deja ver: ("ahora hablo en el idioma del SR. Freud:")

"En los trastornos psicopatológicos (psicosis, neurosis, psicopatías) la fusión de instintos no está lograda adecuadamente dirigiéndose la agresividad excesiva o bien controlada contra el propio sujeto, enfermedades psicopatológicas, suicidio, etc, o contra los demás de forma incontrolada.

Cuando esa destrucción tiene ojillos de, e imágenes concretas, de alopecias areatas, edades de 7 añitos, 5.... se presta a buscar el circuito que invita a echar carreras a la autodestructividad,

Con los ojos que nos enseñó Moreno, esos de sentirse un niño que traga enfado, que no lo digiere, hemos ido comprobando como el organismo, que Maturana, nos recuerda que el organismo son redes de cosas, neuronas, etc, pero que lo humano está en casa, en el bar donde te tomas un café con porras, con otros contertulios a las 7 de la mañana, pues eso con esa mirada de lo humano, vamos a generar alguna propuesta de búsqueda. Yo lo digo y Vega Candelas, nos dice cómo lo ha hecho..

Por último, y como le gustaba en sus textos decir a Mariano Yela, el último pero no el menos importante.

Nos interesa el trabajo con los borderlines, yo siempre transmito a mis alumnos de psicoterapia que sólo se pueden llamar psicoterapeuta "torero" "majete", si ha atendido a un paciente de estas características.

Comprenderlos no va mal, la comprensión que aquí vamos a mostrar tiene dos hilillos conductores básicos, uno experiencial, nuestro propio conocimiento en el trabajo ocasionalmente exitoso y muchas otras fatigoso, y parcialmente fracasado con ellos, y el otro hilillo es el Kernberg, básicamente porque es muy listo, piensa más allá de lo que uno reconoce que se puede pensar y con esos dos hilos, la experiencia que algunos prestamos, la cabeza de los que la tienen y la inteligencia y el estudio . Silvia Monzón nos va a presentar de forma muy breve algunos aspectos de lo que entendemos que es un mapa que nos puede guiar en la intervención con estos pacientes.

La alternativa podría ser la cita del propio Maturana:

"Para reflexionar debemos operar en la biología del amor, que suelta el apego a la verdad al admitir la legitimidad del otro" (Maturana Biología y Violencia 1995, pág 86).

Bibliografía

- Girol Vizcay, C (2003) El suicidio.19 Reunión de la A.E.P. Salamanca.
- Maturana, H (1995) Violencia en sus distintos ámbitos de expresión, Ed. Dolmen; Santiago de Compostela.

4.4.2. Familia y agresividad: la autoridad en dos familias disfuncionales

Ramón Oria de Rueda Elorriaga y José María
Ferro Llaryora
Escuela de Psicoterapia y Psicodrama.

Palabras clave

- Autoridad-Agresividad
- Enfoque Sistémico-Psicodramático
- Límites
- Terapia de familia
- Co-terapia
- Diferencia de agresividad con violencia.

Nuestra definición de Autoridad y de Agresividad.

Autoridad (lat.auctóritas, auctoritatis- cf.autor) f. Carácter o representación de una persona por su empleo, mérito o nacimiento.-Potestad, facultad.- Persona revestida de algún poder, mando o magistratura.- (..) para nosotros es necesariamente otorgada por otro, el cual coloca o inviste de conocimientos, experiencia, etc. a otra persona, institución o cosa.

Agresividad (cf.agresivo) f. ACOMETIVIDAD. Agresivo,va adj. Propenso a faltar el respeto a ofender o a provocar a los demás.- Que implica provocación o agresión: discurso agresivo; palabras agresivas. Acometividad f. Propensión a acometer o reñir. Acometer: (cf.*ad y cometer) tr. Embestir con ímpetu (..).

Para nosotros es innata y es evolutivamente muy útil, necesaria para nuestra adaptación. Es más, nos permite la supervivencia como individuos tanto física como psicológicamente, ya que defiende nuestra identidad, lo que somos. Es decir tiene una función psicológica protectora del "self" y cuando se emplea instrumentalmente para dañar a otros ya no es agresividad, es violencia.

Introducción

A través de este artículo queremos compartir lo que hemos aprendido con la practica clínica en servicios sociales y pretendemos reflexionar sobre la rigidez (en sus extremos de exceso o carencia) en el interior de los sistemas familiares y sobre como el terapeuta tiene que manejar su agresividad frente a la del otro y frente a sus resistencias.

El método de trabajo es la Terapia Familiar Sistémica y el Psicodrama (además de todas aquellas concepciones o herramientas que consideremos que pueden beneficiar a nuestros pacientes, es decir, la base es ésta, pero con una mentalidad integradora).

El Psicodrama nos enseña que la patología es la repetición de la misma solución para problemas distintos y el psicodrama nos permite mas allá de buscar soluciones distintas ponerlas en practica y ver sus resultados desatascando el problema de la auto- perpetuación de soluciones –problema. Esto es, si la rigidez perpetua el problema, seamos espontáneos; seamos psicodramáticos.

Utilizaremos como ejemplo la terapia de dos familias atendidas en co-terapia.

Contexto de intervención

- Características del medio. La atención a las familias se lleva a cabo a través del servicio de Terapia Familiar de los servicios sociales de un ayuntamiento.

- Características de los co-terapeutas. Dos terapeutas varones de 30 y 27 años, con formación como psicodramatistas y terapeutas de familia.
- Método. Trabajamos en sesiones semanales de una hora de duración.
- Características de los sistemas familiares. El medio en el cual trabajamos es en el contexto de los Servicios Sociales de un ayuntamiento madrileño, dentro del programa de "Infancia y Familia", el cual está principalmente dirigido a la atención de familias. Lo cual supone, para aclarar también el punto anterior que requiere coordinación con Trabajadores Sociales.
- Las características de las dos familias que vamos a utilizar como paradigmas opuestos son:

- Familia A (actualmente 13 sesiones):
 Dtos de los miembros de la familia. Acuden la madre y el hijo a sesión; a veces la pequeña si no pueden dejarla con alguien.

- 1- Padre 32 años. Trabaja en la construcción, "sin papeles"
- 2- Madre, 30 años, ama de casa.
- 3- Hijo, 10 años. PD.
- 4- Hija, 14 meses.

El motivo de consulta inicial es el comportamiento desadaptado del hijo mayor. Derivado por un centro hospitalario. Presunta defenestración-parasuicidio, aún sin confirmar, mentiras, actings sexuales, deseo de matar a su hermana. La hipótesis materna sobre el origen de los problemas es que el niño está enfadado porque lo dejaron un año y medio viviendo en el país de origen de la familia con los abuelos. Se trata de una familia extremadamente rígida, "hipernormativa" y con embotamiento emocional. Se observa doble vínculo en las relaciones entre madre e hijo.

- Familia B (actualmente 13 sesiones):
 Dtos de los miembros de la familia. Acuden los cuatro a sesión.

- 1- Padre de 42 años (50% minusvalía - Epilepsia). Cocinero. Sueldo de 492 € + 36 € por hijo (Ayuda Social)
- 2- Madre de 38 años. Ama de casa. Retraso Mental.
- 3- Hijo de 11 años. 4º Primaria. Alergia y Asma

- 4- Hija de 9 años P.D, 3º Primaria. Un curso de retraso y con programa de adaptación curricular. Posible retraso mental debido a falta de estimulación.

El motivo de consulta inicial era que "la niña era mala y tonta, posiblemente por haber recibido un golpe en la cabeza de pequeña. Rompe, pega e intentó clavar un cuchillo a su hermano". Los pacientes designados van cambiando con el tiempo, hay muchos síntomas y muy floridos. En resumen, hay una total falta de estructura familiar. Es caótica.

Intervención

Si observamos la variable "rigidez-flexibilidad" y la situamos en un continuo podríamos decir que cada familia ocuparía un extremo

Familia A <-----> Familia B

Familia A

- Características:
- Rigidez
 - Auto violencia
 - Normatividad y relación doble vincular
 - paranoica

- Forma de Psicodrama
- Mucho eco y caldeamiento
 - Poca dramatización
 - Reinterpretación

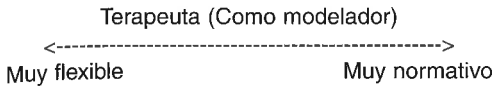
- Papel del terapeuta
- Usamos la agresividad para quitar límites
 - Técnicas estratégicas-paradójicas.
 - Quitar agresividad (como violencia) y ponemos afectos
 (la falta de fantasía lleva a la patología)

Familia B

- Características:
- Falta de estructura
 - Violencia descontrolada
 - Impulsividad
 - Súper-dependiente

- Forma de Psicodrama
- Poco eco y caldeamiento
 - Mucha dramatización

- Papel del terapeuta
- Poner límites
 - Técnicas Pseudo pedagógicas
 - Usamos la agresividad para poner límites



Partiendo de esta realidad nos queremos centrar en cómo el psicodrama permite a los mismos terapeutas adaptarse a sistemas tan diferentes (técnica psicodramática). También nos fijaremos en las distintas reacciones que producen estas familias en el manejo de la agresividad de los terapeutas (forma psicodramática de entender la relación terapeuta – paciente: Complementariedad- flexibilidad vs rigidez y rigidez vs flexibilidad).

Casos

Familia A

Usamos la conversación entre los cuatro y a veces hacemos dibujos o se interpretan historias con marionetas. Llamaremos M a la madre y S al niño.

En la 1ª y 2ª sesiones una de las cosas que la madre dice es que delante de ella se porta bien pero que cuando no está ella es violento, no acepta perder y es muy mandón y maleducado. Esto, nosotros lo entendemos como- “quiero que se porte bien cuando no estoy yo”. El niño nos cuenta que juega con su hermana y que quiere que sus padres sean más cariñosos. Esto no necesita traducción.

La madre no sabe encontrar ninguna conducta que el niño haga bien e interpreta sus actos (incluido un para-suicidio) no como peligrosos para el niño sino como vergonzantes para la familia. Además ve que hace las cosas mal por llevarle la contraria (Pone esa intención siempre en el niño).

Cuando le preguntamos si quiere algo para ella nos responde que no. El niño aparece asustado por los mensajes doble –vinculares de la madre.

Intentamos desesperadamente que la madre diga algo bueno del niño con el fin de reencuadrar y vemos que desde lo racional no hay nada que hacer.

La confrontación parece ser una forma de aumentar su rigidez y en la 3ª sesión decidimos pasar a aliarnos con ella y poner en practica

una prescripción paradójica. Ante su insistencia de que el niño debe ser medicado y que tiene un problema neuronal (poner fuera el problema la tranquiliza) pasamos a aceptar su hipótesis y felicitarla por su intuición y el asunto de la urgencia en medicarle pasa, de pronto, a ocupar un segundo plano. Tanto que no se pasará a hablar del tema nunca mas.

La personalidad paranoica de la madre nos lleva a creer que el psicodrama puede ser una forma muy agresiva de trabajar con ella. Pero lo que pasamos a hacer es psicodrama en el encuadre de la sesión. Esto es, hacer su contra- rol. No entrar en sus descalificaciones y devolverle que es una madre preocupadísima y modélica.

Intentamos devolverle en nuestro modelo la imagen que queremos que se lleve, al tiempo que seguimos, desde lo mas racional, su ideas que tan difíciles de cambiar parecen.

Mantenemos una relación de cuidado sobre una premisa que no compartimos como que el niño es el paciente de esta terapia. Utilizamos nuestra autoridad para un fin que es distinto de el demandado por uno de nuestros pacientes.

Interpretamos que esta madre solo entiende un modo de relación (rigidez paranoica) y cualquier otro pone en peligro la relación, por lo que hay que aceptar su premisa para poder no cumplirla.

El peligro es, para nosotros que si se rompe la relación ella no siente culpa por que pone la intención en el otro. En este caso el niño tiene que aceptar esta relación por supervivencia y con ello llenarse de culpa.

En la cuarta sesión ponemos a S a jugar haciendo una historia. Tiene un problema porque unos niños le pegan y se ríen de él desde que se enteraron de que se intentó suicidar. La madre mira; S empieza a meterse con los otros niños (Las marionetas) y a su madre no le gusta nada. El niño la busca con la mirada y ella le recrimina por decir palabrotas.

La madre no deja que el niño se enfade ni siquiera en el juego y con esto nos da una pista de por dónde empezar. De no haber jugado, nos habría costado bastante mas saber hasta donde llega la rigidez de la madre.

A partir de ese momento nuestro primer objetivo pasa a ser que la madre aprenda a tolerar la agresividad de mentira que se produce en el juego de un niño.

En la sexta sesión, el niño dice que "sus profes" dicen que va mejor. Le preguntamos a su madre qué ha pasado para esa mejora y lo relacionamos con lo que ella hace. La madre responde "No sé por qué se portaba tan mal" (lo dice en pasado). M habla de su niñez y se emociona.

En este momento podríamos creer que se ha producido un cambio en la relación de los dos, pero creemos más honesto pensar que la madre está empezando a permitirse que el niño sea bueno de mentira, en la terapia.

M dice que S está mejor, que ya no miente, y le preguntamos: "¿que has hecho, como lo has conseguido?" M dice: Hablo más con él, disfruto de que me cuente sus cosas, es un zalamero. La reforzamos: "Es muy cariñoso, un zalamero."- Se rompe la generalización a todas las conductas.

Parece que M está dispuesta a jugar y planteamos un juego (al jugar puede contar cosas sin miedo a que las usen en su contra)

En nuestra opinión M esta siendo más flexible y esto puede ser debido a que hemos aceptado su primera premisa sin confrontar: el niño es el paciente. Nos hemos permitido ser lo suficientemente flexibles para entender que una premisa inicial patológica es necesaria para poder empezar el trabajo. En este caso estamos utilizando nuestra agresividad y nuestra autoridad para cedérsela al paciente, si para poder empezar esta terapia debemos aceptar que el paciente sea el niño, lo haremos.

Familia B

Vienen todos, charlamos y hacemos psicodrama. Llamaremos al hijo X y a la hija V. Los padres serán P (padre) y M. A la primera sesión no viene X.

Proponemos: Una terapia consistente en aprender a jugar con la niña y aprender técnicas para ponerle límites. Les ponemos tareas a los padres que impliquen contacto con la pequeña, la Paciente Identificada.

Desde la cuarta sesión el niño acude con regularidad. En este caso los terapeutas tenemos que utilizar nuestra autoridad para conseguir que el niño venga a sesión. Tenemos que empezar por lo más sencillo, que es lo más concreto.

En la 5ª sesión X nos confiesa que va fatal en los estudios. Al conversar con su madre se muestra absolutamente carente de límites y pasamos a hacer una dramatización en la que un Yo auxiliar hace de V y ella queda fuera, como espectadora. En el cambio de roles V insulta y humilla a su madre y ésta se hace consciente a través de la dramatización. Nuevamente la técnica psicodramática nos ahorra un valioso tiempo.

La niña nos dice que está nerviosa porque sus padres se pelean. Planteamos nuestro primer objetivo en nutrir a los padres para después trabajar con los niños. Es decir decidimos cuál va a ser el objetivo primero de la terapia.

Señalamos la ausencia de límites en la casa y quién debe ponerlos. Nutrimos a los padres dándoles el poder y la autoridad para hacerlo, pero les cuesta mucho (no hay límites internos en los padres). Ponemos más normas explícitas: No pegar ni gritar.

En la 8ª sesión llegan a su hora y arreglados. Reencuadramos y reforzamos a P porque han llegado a su hora. (Cuando llega tarde, le pedimos que se responsabilice de llegar a la hora, puesto que él es el padre).

Ponemos los límites externos (para ver si van interiorizando), nos dan la autoridad para hacerlo, nos lo exigen podríamos decir, especialmente M.

Lo que hacemos es dar la responsabilidad de lo que se hace mal a cada uno de los que lo hacen mal. Es decir encargamos la puntualidad al que se retrasa, al niño (el agresor) de que no se insulten y se peguen o la administración de normas a los más desorganizados.

En este caso la confrontación es necesaria porque la familia nos pide que pongamos límites. En la 9ª sesión creemos que se da un cambio cualitativo; X no hace los deberes, quiere trabajar, y P lo ha castigado- usa su agresividad

M nos dice: "no quiero hacer con mis hijos lo que hicieron conmigo" y nosotros lo interpretamos como una de las motivaciones importantes de toda terapia (quieren algo mejor para su vida). P: "no quiero que mis hijos sean unos analfabestias como yo".

Consideramos que en este caso los terapeutas deben ser, al contrario que con la familia A, muy directivos. Por lo menos hasta el momento en que la familia ponga unas normas básicas en la familia. Si la familia no tiene esas normas consideramos que eso es lo primero que viene a buscar.

Conclusiones

El psicodrama es una forma de trabajo absolutamente flexible. Permite adaptarse, posiblemente, a todas las demandas y a todos los sistemas familiares, pero con frecuencia no nos es suficiente para ponerlo al servicio de nuestros pacientes. Creemos que una de las claves está en aprovechar toda esa flexibilidad. Pero para ello debemos trabajar psicodramáticamente, no olvidar que creemos que el paciente escoge la mejor de sus soluciones. Una premisa necesaria para esto creemos que es ser autoritario o no serlo, dependiendo de la escena y esto sólo se puede hacer conociendo nuestra propia forma de manejar la agresividad.

Eco

A lo largo de nuestra formación y experiencia profesional como psicodramatistas hemos entendido una serie de técnicas, pero sobre todo una forma de ser en terapia. Respecto al rol de terapeuta tenemos la creencia de que nuestra autoridad antes de ser negada debe ser puesta a disposición de nuestro paciente; no para nuestro éxito, o no solo para eso, sino para su provecho; no para hacernos tener razón sino para ser útil al fin terapéutico. Esto nos lleva a tener un sistema de trabajo que está obligadamente en constante cambio, cambiando con cada paciente y cuestionando nuestra forma de manejar la agresividad en cada caso. Nuevamente nuestros pacientes nos dan la oportunidad de curarnos, sobre todo del narcisismo implícito en cada terapeuta.

Si en terapia se trata de diversificar, flexibilizar y potenciar los roles de nuestros pacientes, es decir, que sean más espontáneos, como no

modelar a nuestros pacientes siéndolo nosotros. Por lo tanto no podemos renunciar a emplear, manejar, nuestra autoridad-agresividad de forma espontánea y flexible para ponerla al servicio de la terapia como otra herramienta más. No podemos olvidar que trabajamos en un espacio artificial y si queremos que posea datos de realidad, que lo que en ese espacio se maneje se generalice al exterior, a las vidas de nuestros pacientes, no podemos obviar algo que está en todos nosotros y es tan innato, tan adaptativo, como la ansiedad; la agresividad.

Creemos que la agresividad del terapeuta (que existe) debe estar al servicio del paciente igual que sus conocimientos técnicos o a su manejo de la información técnica (por poner dos ejemplos bien distintos). Creemos también que una parte imprescindible en el manejo de esa agresividad es el papel de la autoridad y que negarnos a utilizar la autoridad es, como mínimo, como dejar de utilizar el doble o el espejo pero más definitorio de la relación que queremos tener con el sistema terapéutico.

Bibliografía

- Andolfi, M., "Terapia familiar, un enfoque interaccional", Ed: Paidós, 1977.
- Bowlby, J., "Una base segura", Ed: Moreto 1985.
- Herranz, T., "Psicoterapia psicodramática individual", Ed: Desclée de Brouwer, 1999.
- Minuchin, S., Fishman, H., CH., "Técnicas de terapia familiar", Ed: Paidós, 1992.
- Diccionario Enciclopédico Quillet, Ed: Argentina Aristides Quillet, S.A. 1977.

4.4.3. Intervenciones psicodramáticas con pacientes psiquiátricos. Cómo dinamizar sin agredir.

Julia Riego Narbón

Escuela de Psicoterapia y Psicodrama.

Palabras clave:

- Psicóticos
- espontaneidad
- emociones
- vivencias positivas.

I- Introducción

Psicodrama, Definición:

El psicodrama es una técnica global que integra el cuerpo, las emociones y el pensamiento. Hay terapias que se concentran en la parte corporal, como la terapia psicomotora y muchas variedades de grupos de encuentro; hay otras que hacen énfasis sobre las emociones y los sentimientos, como la terapia centrada en el cliente, y hay formas que dependen exclusivamente de la comunicación verbal, como la psicoterapia tradicional. El psicodrama integra los tres aspectos con un énfasis en la acción corporal para reforzar los sentimientos y las emociones.

Esta definición de psicodrama resume muy bien el propósito por el cual se utiliza esta técnica que es, poder llegar a reforzar los sentimientos y emociones de cada uno a través de la acción corporal y la palabra.

La práctica se desarrolla con un grupo de pacientes psiquiátricos que asisten diariamente a una terapia de cuatro horas por la mañana, donde realizan diferentes actividades como manualidades, teatro, memoria....Una de las actividades está dirigida al trabajo y al desarrollo de las emociones y es en ella donde aplicamos la técnica psicodramática.

Como dije anteriormente, es un grupo de enfermos psiquiátricos que están sufriendo enfermedades psiquiátricas como Trastorno Obsesivo Compulsivo, Depresión, Trastorno Bipolar, pero mayoritariamente la enfermedad que predomina es la Esquizofrenia. En el grupo hay personas de muy distintas edades que van, desde los 18 hasta los 60, al igual que de ambos sexos. Los grupos suelen estar formados por unas 10 personas como máximo intentando que siempre haya una armonía entre ellos (de patología, personalidad, edad....).

II- Psicodrama con enfermos psiquiátricos. Aspectos a tener en cuenta.

Antes de contar lo sucedido en algunas sesiones, podemos puntualizar diferentes aspectos que pueden influir directamente a la hora de trabajar con el grupo de pacientes psiquiátricos:

1. Todas las personas que forman parte del grupo están tomando fármacos que les ayudan a controlar su patología. Supongo que todos sabemos que enfermedades como las citadas anteriormente deben ser tratadas con ayuda de la medicación y es absurdo pensar que ninguna técnica psicológica pueda hacer desaparecer este trastorno. Mi experiencia me dice que en estos casos la psiquiatría y la psicología se complementan muy bien, pero sin olvidar ninguna de ellas.
2. La farmacología hace que gran cantidad de síntomas característicos del trastorno desaparezcan. Así, si nos centramos en la Esquizofrenia comprobamos como la

persona ya no sufre alucinaciones o delirios, lenguaje desorganizado, ... pero vemos que aparecen otra sintomatología secundaria, como déficit atencional, temblor motor, somnolencia, dificultad en la articulación del lenguaje... Todo esto, desgraciadamente dificulta el trabajo con ellos y hace que el llegar a determinados objetivos a veces no se consiga.

3. Algunas de las personas que forman parte del grupo llevan sufriendo la enfermedad muchos años, por lo que su confianza en el otro, en este caso me refiero al profesional, está bastante deteriorada. Todos, al principio cuando se incorporan al grupo comparten ese sentimiento de desesperanza ante la posibilidad de ser algo más que su enfermedad. Sienten que dentro de ellos solo hay sufrimiento y que probablemente nadie les pueda apartar de él. Esto repercute a la hora de trabajar, por lo menos al principio, hasta que van descubriendo que son mucho más que tristeza, desesperanza...

III- Técnicas utilizadas en varias sesiones.

1- Fotografía.

- Definición: Esta técnica permite la exploración de escenas pasadas. Podemos trabajar con fotografías que el paciente nos traiga espontáneamente, o le podemos pedir que seleccione algunas fotografías para traerlas a la sesión. Es una técnica especialmente útil con aquellos pacientes que presentan una cierta amnesia en relación a los primeros años de su vida.

- Objetivo: Utilizando esta técnica se intenta que cada paciente llegue a recordar y a revivir algún momento pasado de su vida. Con ayuda de la fotografía y de los yoes auxiliares, se intentará volver a reconstruir ese momento. Recordar como fue, dónde, con quién estaba, como se encontraba....ayuda a la persona a "disfrutar de nuevo de ese momento tan especial. Además, si el paciente es capaz de "olvidarse" de su momento actual, de distanciarse de ese sufrimiento recordando y viviendo otros momentos felices de su vida, comprobará que ésta no solo está formada por los momentos actuales que están llenos de sufrimiento, sino que hubo momentos pasados llenos de felicidad y porque no momentos futuros. Ayuda a que el paciente recupere esa ilusión que actualmente ha perdido.

- Práctica: Una semana antes de realizar la sesión, se pidió a todos los componentes del grupo que seleccionaran fotografías de su vida donde aparecieran ellos. No les di ninguna otra consigna, ellos solo tenían que traer a terapia fotos en las que salieran retratados. A la semana siguiente, algunos, no todos, trajeron varias fotos. Concretamente nos vamos a centrar en un paciente al que llamaremos AF. AF de 37 años de edad y sexo femenino, acude a consulta tras un intento de suicidio por el cual se queda imposibilitada en una silla de ruedas. Diagnosticada de Depresión con Rasgos Esquizoides, lleva acudiendo a terapia desde hace 2 meses. Al principio era una persona que no intervenía demasiado en las actividades, pero con el tiempo fue tomando confianza y se va abriendo a los demás. Cuando se le pide que lleve las fotografías, es una persona que está bastante integrada en el grupo y demuestra tener la suficiente confianza como para llevar a cabo esta sesión con el terapeuta.

AF lleva varias fotografías a la sesión. Se le pide que de entre todas seleccione una, la que ella quiera. Se queda mirando las fotos y elige una en concreto. En ella se ve como aparece rodeada de 4 personas más, que también van en silla de ruedas. Están colocadas en fila y ella esta situada a la derecha de la foto. Todos están sonriendo.

Se le pide a AF que cierre los ojos e intente imaginar el momento antes de que sacaran la foto. Ella nos explica que había sido en su primer viaje que hizo en silla de ruedas sin su familia. Al principio del viaje sentía mucho miedo, porque no sabía como iban a salir las cosas, pero poco a poco fue relajándose al ver que todo iba saliendo bien y a disfrutar con todo el mundo. En el momento de la foto cuenta como había pasado un día muy divertido con la gente y decidieron tener un recuerdo.

A continuación se le pide que abra los ojos y trate de reconstruir la foto que tenía en sus manos con la ayuda del resto del grupo. Fue estupendo ver como iba explicando a cada "yo auxiliar" como se tenía que comportar, como era, como se sentía en la foto, lo que había compartido con ella. Se veía como AF estaba siendo capaz de volver a sentir ese día tan especial. Por un momento parecía que se había olvidado de donde estaba y solo disfrutaba de ese día de su viaje con los amigos que tanto le habían ayudado en el pasado.

Después de que AF había reconstruido la foto con ayuda de sus compañeros, se le preguntó si deseaba cambiar algo de aquella fotografía. Rápidamente me contestó aquello que parecía obvio, deseaba aparecer en la foto sin su silla de ruedas, pudiendo caminar como en un pasado. A continuación se le preguntó si este cambio le iba a dar la felicidad y curiosamente, AF se quedó pensativa unos segundos y contestó que no. Fue en ese momento cuando AF tomó conciencia de que lo que realmente le estaba haciendo sentir mal no era su silla de ruedas, sino que este malestar ya venía de antes, no era su silla de ruedas el motivo de su depresión.

Seguramente antes del intento de suicidio, AF tenía motivos suficientes para sentirse mal, pero parece que esto había quedado olvidado en su memoria, ya que después de quedarse incapacitada en la silla de ruedas ella pensaba que el motivo que le estaba ocasionando la depresión era esa incapacitación, y ciertamente no era así. La depresión venía de antes. AF tomó conciencia de todo eso gracias a la escenificación de la fotografía.

Se terminó la sesión preguntando como se había sentido tanto ella como el resto. El grupo expresó que se había sentido muy a gusto al revivir con AF una situación alegre para ella y AF nos comunicó que le había ayudado, primero para recordar lo feliz que fue en ese momento y pensar que se podían repetir momentos como ese, y también para tomar conciencia de que no era su situación actual (estar en una silla de ruedas) lo que le estaba haciendo sentir mal, sino que era anterior a esto.

- Resultados: Se consiguió que el paciente recordara y reviviera ese momento tan especial y feliz en su vida como se deseaba, pero también se consiguió algo que en un principio no esperábamos, que tomara conciencia de que su enfermedad no venía por estar en una silla de ruedas. Probablemente, antes del "accidente" ya sufría esta enfermedad y no por estar en una silla de ruedas, iba a dejar de ser feliz.

2. Escenificaciones positivas.

- Definición: Permite la escenificación de escenas positivas vividas por el paciente. Normalmente se utiliza esta técnica para trabajar con grupos de pacientes de poca estima personal.

- Objetivos: Hacer que pacientes psicóticos, que por estar sufriendo una enfermedad como la esquizofrenia sienten que solo son eso, enfermedad puedan descubrir momentos felices en su vida donde fueron los protagonistas. Les cuesta rescatar y recordar momentos positivos en su vida donde ellos se han sentido queridos. Con esta técnica se pretende que el paciente recuerde esos momentos y los comparta con el grupo.

- Práctica: La sesión se desarrolla con un paciente al que llamaremos TR. TR tiene actualmente 52 años, varón y está diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide desde los 34. A lo largo de su vida a pasado momentos más estables y otros en los que ha tenido que estar ingresado por esa sintomatología incapacitante tan característica de la Esquizofrenia. Lleva viniendo a terapia desde hace 1 año

Después de un pequeño caldeamiento donde se les pidió a todo el grupo que se levantaran y se movieran alrededor de la sala intentando contactar con la mirada del otro, se propuso a TR que intentara recordar un momento positivo y de felicidad en su vida. Rápidamente TR tuvo claro cual fue ese momento: tenía 18 años y su padre le regaló un coche por cumplir la mayoría de edad. Se le preguntó si le gustaría reconstruir ese momento con ayuda del grupo, y me aceptó. TR recordó que en ese momento estaba con sus padres y su hermano comiendo en la mesa del salón de su casa. En un momento de la comida su padre se levantó y se acercó a él entregándole unas llaves de un coche nuevo. No se lo podía creer. Recordó, como se levantó, abrazó a su padre y rápidamente se fueron todos al garaje para ver el coche nuevo.

Con ayuda del grupo y gracias a las explicaciones tan detalladas que nos dio TR, reconstruimos la escena. TR fue capaz de volver a sentir esa emoción y todos pudimos imaginarnos y sentir como pudo ser.

- Resultados: Para TR la sesión le recordó que en su vida, a pesar de todo, ha habido, y lo más importante, podrá haber momentos buenos en los que él fue muy feliz. También el compartir estos sentimientos con el grupo hace que haya mucho más unión entre ellos.

4.4.4. La Agresividad en los trastornos borderline: Patología borderline. "Te odio, por favor, quíéreme"

Silvia Monzón Reviejo y Teodoro Herranz
Castillo.
Escuela de Psicoterapia y Psicodrama

Es sorprendente comprobar la dificultad que tienen estos pacientes para transmitir emociones. Lo que comunican a través de la palabra es muy diferente a lo que expresan con sus gestos, su cuerpo, su mirada... Su comunicación verbal es contradictoria a su comunicación no Verbal.

Para finalizar, me gustaría apuntar que siempre, en todas las intervenciones se ha intentado "cuidar" mucho tanto a la persona como al grupo que realizaba la sesión. Es algo que nunca se debería descuidar.

Bibliografía

- Bustos, Dalmiro M. El psicodrama. Aplicaciones de la técnica psicodramática (Buenos Aires, Argentina: Ed. Plus Ultra).
- Bustos, Dalmiro. M. Psicoterapia Psicodramática (Buenos Aires: Ed. Paidós, 1975).
- Cukier, Rosa. Psicodrama Bipersonal: Sua técnica, su terapeuta y su paciente. Ed. Agora, 1997.
- Chinchilla Moreno, Alfonso. Las esquizofrenias. Ed. Masson, 1996.
- Frankl, Viktor. La psicoterapia en la práctica médica. Ed. Buenos Aires San Pablo, 1995
- Moccio, Fidel. El taller de terapias expresivas. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1980.
- Ramirez, Jose Agustín. Psicodrama. Teoría y Práctica., Bilbao, Desclée de Brouwer, 1997.
- Vayer, P. La expresión Corporal. Ed. Paidós. 1979

Palabras clave:

- agresividad
- sexualidad
- trastornos borderline
- psicodrama.

Introducción

En un trabajo anterior publicado en la Revista Brasileira de Psicodrama, Teodoro Herranz (Herranz, T. 1996) realizaba un intento de organización en el que proponía una reflexión de cómo manejar las emociones en pacientes que se colocaban en una hipotética escala desde la patología narcisista, a la patología borderline. Lo que recogemos de aquel artículo que más nos llamó la atención fué una frase en la que se recogía que las personas con esta patología "nunca pudieron, ni jugando, ser dioses para nadie". Ese "para nadie, ni jugando" nos hacía pensar en otro modo de comprender las vivencias de estas personas, que en muchas ocasiones, ni con la fantasía se protegían.

Más tarde nos detuvimos para mirar cómo se agarraban de la mano con la agresividad, pidiendo amor y cómo, a la misma vez, utilizaban la agresividad para destruir todo aquello que necesitaban. Esta petición llena de contradicción, la forma de utilizar la agresividad a modo de relacionarse con los demás y sobre todo la curiosa colocación a la inversa, es decir, el poner el amor al servicio de la agresividad, fue el motivo fundamental por el cual surgió este artículo.

Tal y como sugirió por primera vez Kernberg (1967), en las personalidades fronterizas se observan reiteradamente tendencias agresivas y autoagresivas de extraordinaria intensidad vinculadas con tempranas imágenes de sí mismo y de los demás. Más allá del origen de esta agresividad, ya sea por causas genéticas o ambientales debidas a graves frustraciones tempranas, se descubre que da lugar a una ira y un odio que causan una atención especial, además de los problemas añadidos, como la tendencia a la escisión y a las conductas autodestructivas.

Junto a las ideas de Kernberg, en nuestro trabajo hemos podido ver que estas personas han sufrido una infancia tremendamente desgarradora, envuelta en continuos dobles vínculos. Son Personas caóticas, no preservan sus estructuras internas de identidad.

Existe una falta de cohesión interna, "te odio, por favor, quíereme". En esta frase, lo paranoide es la petición que muestra una necesidad enorme de cariño, están atrapados en un doble mensaje, son un gigante y un enano al mismo tiempo, confusos por indiferenciados, no tienen la posibilidad de hacer otra cosa que luchar por intentar reconocerse y el odio que desprenden y que sienten, es un odio que les ata y les impide diferenciarse (Herranz, T.1996). Odio abrumador, que se palpa, que se siente, odio que no saben diferenciar del amor, el odio con el que piden cariño "Te odio, por favor, quíereme".

II. Identidad/agresividad y envidia

A partir de las ideas mostradas intentamos acercarnos a su vivencia de la agresividad. Kernberg (1994) sostiene que debajo del odio manifestado en este tipo de pacientes está la agresividad y su consiguiente destrucción del otro o de sí mismo, pero en el fondo, ese otro es necesitado y deseado y su destrucción es igualmente necesaria y deseada. Cuando ese odio está mantenido en el tiempo y está instalado de una forma estable, crónica, siempre refleja el mal manejo de la agresividad, ese odio expresa la psicopatología de la agresividad. (Kernberg, 1994).

Entiendo desde el Psicodrama, así como desde otros modos de hacer en psicoterapia, que la incapacidad de relacionarse con las personas significativas del entorno, es decir, personas

consideradas para los pacientes borderline como fuentes potenciales de atención y protección, con las que no pueden establecer una relación que no sea desde la idealización, si la relación es gratificante, o devaluarlas si la relación no lo es, es un aspecto fundamental a tener en cuenta y a tratar puesto que estas personas sienten la necesidad de destruir todo intento de compromiso emocional, toda relación íntima.

Otro sentimiento que aparece en estos trastornos es la envidia, envidia hacia los demás significativos, que conlleva un elemento destructivo del otro y de todo lo bueno que pudiera surgir en la relación con el otro. Existe una identificación con la persona originalmente odiada y necesitada que no es más que su propio odio y agresividad reflejado en el otro. La expresión de la agresividad surge porque necesitan del otro. La frase completada sería, "Te odio porque te necesito", "Te envidio porque te valoro". Y la envidia impide que el sujeto se nutra del otro, aprenda del otro y por supuesto no puede disfrutar del otro.

Luego la pregunta más funcional que nos hacemos es ¿De qué se protegen?. Se protegen de una relación de cariño donde el otro pasaría a ser indispensable y tendría que destruirlo. Por eso lanzan mensajes de odio y rechazo, porque huyen del miedo a ser querido. La agresividad que sostiene en el odio puede ser protectora frente al afecto o frente a la presencia del afecto que señala la ausencia. No pueden sentir que el otro es necesario para ellos porque sólo están llenos de necesidad, por eso cuando muestran el odio desde una postura en la que se creen Dios, debemos entender que es su modo de pedir que les quieran (Herranz, T. 1994). Se protegen de su propia destrucción, de ahí todos los miedos paranoides hacia el otro y hacia toda posibilidad de establecer un vínculo emocional.

Otra de las cuestiones que te planteas es el por qué mantener un vínculo con otro al que odias, ¿Qué sentido puede tener esto?. La organización de las formas de relación no sólo se establecen a través del amor sino que también los estados afectivos como la ira, el odio, en último término la agresividad, también son formas de organización. No han tenido figuras "suficientemente buenas" en las que apoyarse, no han internalizado una imagen buena del otro, no han tenido experiencias y sentimientos

suficientemente buenos. La única forma de relacionarse y organizarse que han aprendido ha sido a través del odio, odio que expresa la carencia afectiva de la que han sido objeto y la parálisis en el desarrollo que han sufrido a causa de ello.

III. Relaciones primarias

Kernberg sostiene que el apego intenso a la madre frustradora es el origen último de la transformación de la ira en odio. La destrucción de ese objeto malo pretende restaurar mágicamente al objeto idealizado, bueno, pero el proceso conduce a la destrucción de la capacidad del sí-mismo de relacionarse con el otro.

La posición teórica de Kernberg nos dice que el proceso interno que ha utilizado para sobrevivir a una pauta relacional materna destructiva es la destrucción del otro, para restituir una fantasía idealizada de relación plena y satisfactoria.

Entonces los borderline se identifican tanto con el sí-mismo que sufre como con el otro sádico y la agresión en la relación lo abarca todo, se traga al propio sujeto. (Kernberg, 1994).

La identificación con una madre que traiciona abre caminos a una destrucción vengativa de todas las formas de relación y de todo intento de vínculo.

La descarga indiscriminada de una agresividad que se dirige hacia fuera y contra uno mismo, hace pensar en una falta de desarrollo sano de las normas relacionales por un lado (superyo sano); y el colocar el amor al servicio de la agresividad hace que se obtenga una sensación de poder con su destructividad difusa, una sensación triunfante de autonomía y de ausencia de necesidad de otros.

Se observan esfuerzos evidentes por destruir el amor y el mantener cualquier tipo de compromiso emocional, de relación, de gratitud y pasión, en ellos mismos y en los demás.

En nuestra experiencia clínica, la función materna en los borderline siempre ha estado cargada de un componente confusional, el doble mensaje ha encubierto el rechazo. En otras, ha disimulado las descargas intermitentes de envidia, rivalidad y destructividad de la madre. Pero ese patrón que mostraría una

relación de dos, hemos visto que en otros pacientes se distribuyen la confusión entre los diferentes miembros de la familia, y nos hemos encontrado una madre ambivalente, y negligente, pero la carga persecutoria la ha recibido del padre. Por lo que la trama mantiene los elementos confusionales, pero atrapa la vida del sujeto en sus relaciones de forma global.

IV. Agresividad y sexualidad

Kernberg (1967) cuando nos transmite la vivencia de la sexualidad de estos pacientes, nos dice que las relaciones sexuales se viven como aterradoras, peligrosas y destructivas, con falta de capacidad y con sentimientos prohibitivos contra el sexo en la que se ponen de manifiesto tendencias masoquistas graves.

Las idealizaciones que se establecen con la persona a la que aman son también exageradas y están marcadas por funciones defensivas contra la rabia, son idealizaciones frágiles y exageradas junto con etapas de fácil desvalorización. El rol central en la excitación erótica lo adquiere la agresividad. Transforman las relaciones dependientes en agresivamente destructivas. El intento por integrar la agresión en la excitación sexual como parte del reclutamiento al servicio del amor, tiene su principio en el punto del espectro que ocupa el paciente límite común. La escisión de sí mismo y de los demás de forma alternante, dentro del caos, le protege de la invasión y el control totales por la agresividad intolerable. A modo de pequeña ilustración clínica, sirva la anécdota de una paciente que cuando sentía placer en sus relaciones íntimas, agredía con rabia y sadismo al otro, según nos decía porque no era posible aceptar que el otro tuviera el poder de producirle placer.

Desde nuestro modo de sentir y compartir el Psicodrama, la agresividad debe estar al servicio del amor y de cualquier actividad sexual, es un componente esencial de toda sexualidad que enriquece la experiencia sexual y el amor. En circunstancias "normales", la agresividad se coloca al servicio del sexo y el amor, enriquece la vida amorosa, no obstante, en circunstancias extremadamente patológicas, la agresividad puede reclutar el sexo, el amor y ponerlos al servicio de propósitos destructivos, del dolor y del sufrimiento.

Tanto en hombres como en mujeres, si las alteraciones en las vivencias sexuales son múltiples y la organización de la personalidad es claramente límite, el pronóstico general del tratamiento depende de la intensidad o severidad de la agresividad, de la medida en la que se mantiene el funcionamiento superyoico, del modo en que existe acceso a la moral convencional, y de la presencia o ausencia de una organización narcisista, es decir, de la integración de un sí-mismo patológico grandioso.

V. Como luchan contra sí mismos: defensas de la patología borderline.

Las personas con patología borderline utilizan principalmente defensas de escisión y de bajo nivel como la idealización primitiva y la identificación proyectiva fundamentalmente, también la negación, la omnipotencia y la devaluación.

La escisión actúa de tal manera que concibes el mundo en base a dos polos opuestos extremos, desde fantasías omnipotentes hasta la ruina y catástrofe. Esta oscilación se da de forma muy rápida, tienen giros repentinos y completos de todos los sentimientos y concepciones sobre una persona en particular. Por eso la oscilación tan extrema entre aspectos contradictorios de sí mismo.

Bajo los sentimientos de inseguridad, autocrítica e inferioridad, se observa muchas veces tendencias omnipotentes y grandiosas que suelen expresarse como un firme convencimiento inconsciente de que tienen derecho a ser tratados de una forma especial. Son maniobras defensivas contra los sentimientos de necesidad y temor hacia los demás. La superficialidad de los vínculos emocionales tienen fines defensivos. Por un lado refleja la incapacidad de unir el amor con la agresividad y por otro el concomitante carácter estrecho, rígido y primitivo de sus disposiciones afectivas. También está directamente relacionado con su incapacidad para sentir culpa y preocupación y la imposibilidad de interesarse por otros.

El esfuerzo con fines defensivos que realizan para alejarse de todo compromiso afectivo demasiado hondo, lo realizan por no provocar la actuación del temor a ser atacados por el otro con el fin de evitar temores paranoides vinculados con la proyección de imágenes agresivas de sí mismo y de los otros.

Las imágenes de sí mismo y la de los otros de origen agresivo y las imágenes de sí-mismo y de los demás totalmente buenas y defensivamente idealizadas son tan intensas en este tipo de pacientes que su integración se hace imposible. Conciliar imágenes de sí mismo y de los otros, unas cargadas de amor y otras de odio, desencadenaría un monto intolerable de ansiedad y culpa, debido al peligro que ello encerraría para las relaciones con los objetos buenos internos y externos; se produce por lo tanto una activa separación de carácter defensivo entre las imágenes contradictorias de sí mismo y de los objetos; en otras palabras, la disociación o escisión primitiva se convierte en la principal operación de defensa.

Los pacientes fronterizos tienen fuertes tendencias a la proyección. Colocan la agresividad y todas las cualidades negativas que uno piensa y siente de sí mismo, en el otro, y a la otra persona, que es importante para él y a la que inconscientemente no quiere perder, siente la necesidad de controlarla, ya que ahora la teme debido a lo que proyecta en el otro y así impedir que le hagan daño. Es decir, lo que me hace daño lo colocó en el otro, mantengo una relación cercana y lo controlo porque lo temo. Por lo que un borderline es una contradicción; quiere y no quiere al mismo tiempo. El sólo provoca el amor y el odio. Están atrapados en dobles vínculos.

Están llenos de mensajes contradictorios, el cariño está encubierto de rabia, sienten hostilidad. La forma de pedir cariño es agrediendo, "te odio pero quíereme" "Te odio, por favor, no me abandones". De nuevo, la frase correctamente construida sería "Yo te odio porque te amo" (ya que no se puede odiar a alguien que no es importante para uno); "Por favor, no me abandones porque te necesito" (Sólo se necesita a alguien que es importante).

VI. Modos de vivir la relación terapéutica

La psicoterapia se vive muy intensamente, tienes la sensación de que te va a vapulear. Al terapeuta suele colocarlo en el papel de enemigo. La típica reacción transferencial de estos pacientes es el intenso temor y la desconfianza que inspira el terapeuta, lo viven como un ataque. El paciente le atribuye al terapeuta su propio odio y sadismo y llama la atención el vínculo tan intenso y dependiente con el terapeuta y a la vez el rechazo de depender de

él, si no lo rechaza, tiene la fantasía de que el terapeuta le someterá al mismo odio y rechazo de explotación y persecución. Se van alternando los dos roles: el de perseguidor y el de víctima y los combina con el terapeuta. Se identifica con ambos roles mientras que proyecta el complementario sobre el terapeuta. Y detrás de la investida por el odio existe una búsqueda de una madre ideal. (Kernberg, 1967).

El paciente borderline en tanto que empatiza con la fuerte agresividad proyectada, trata de controlar al terapeuta de manera sádica y arrolladora. El paciente puede ser consciente de su propia hostilidad pero siente que no hace más que responder a la propia agresividad del terapeuta, lo cual justifica su agresividad.

El riesgo que encierra la intensa agresividad expresada por el paciente en la situación transferencial-contratransferencial es tal que hay que tener cuidado con los círculos viciosos en los que el paciente proyecta su agresividad en el terapeuta y reintroyecta o le devuelve imágenes de éste gravemente distorsionadas por la acción de los derivados de impulsos agresivos proyectados, perpetuando así la primitiva relación con los demás y consigo mismo patológica.

El terapeuta, además de la función de contención y la gran carga de agresividad que recibe, tiene que ser cauto y tener cuidado puesto que es fácil caer en un proceso regresivo. Esto haría que el terapeuta se guiara por los impulsos del paciente, perdiendo los límites yoicos o adoptando una conducta hiperrígida. Puede caer en una posición masoquista donde acepta todo lo que le dice y hace el paciente o adoptar una postura narcisista de trato con el paciente de tal forma que desvaloriza al paciente, y lo desprecia.

Las idealizaciones protegen al terapeuta de la proyección que el paciente hace en él de su propia agresividad y como gratificación de las necesidades narcisísticas.

Mediante este proceso el paciente proyecta en el terapeuta una primitiva representación "totalmente buena" de sí mismo y del otro, en tanto que busca impedir que esta imagen "buena" sea contaminada por sus malas representaciones de sí mismo y de los demás. Debajo de esa idealización se oculta la rabia, por lo que existen temores paranoides y primitivos, tendencias agresivas más o menos directas que van a colocar en el terapeuta.

Las dramatizaciones hay que manejarlas especialmente. Son pacientes que pueden oscilar, entre la máxima distancia afectiva, a una implicación que les pueda colocar en una situación confusional, por eso hay que estar atento, y siempre, dejándose llevar por la prudencia, parar y conversar cuantas veces sea necesario. Las escenas internas no desaparecen, por lo tanto, no hay ningún riesgo de que no se puedan cerrar las dramatizaciones inacabadas en otra ocasión (Herranz, 1999). También hay que poner especial énfasis en la contención afectiva y el cuidado afectivo que se muestra a estos pacientes, puesto que cualquier desatención la viven como un abandono.

El proceso de cambio durante la terapia la entiendo desde la relación paciente-terapeuta, de tal modo que el manejar los procesos télicos, transferenciales y contratransferenciales es esencial para el cambio, y sobre todo, sosteniéndolo desde un "saberles querer". Es un proceso en el que tienen que intentar reconocerse y quitarse la armadura del odio. El odio es organizador en la patología borderline y la experiencia afectiva de sentirse querido es disruptiva. (HERRANZ, 1999)

Por último voy a finalizar con una frase que recogimos de la Revista Brasileira de Psicodrama (HERRANZ, 1996) que me gustó mucho, creo que define muy bien como estas personas se sienten atrapadas emocionalmente, en la contradicción, en el lenguaje.

No puedo decir nada porque lo tengo todo, aunque estoy absolutamente vacía.

Referencias bibliográficas

- Gunderson, J. (2002) Trastorno límite de la personalidad. Guía clínica. Barcelona, ed. Ars medica
- Kernberg, O. (1979) Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. Buenos Aires, ed. Paidós.
- Kernberg, O. (1994) La agresión en la perversiones y en los desórdenes de la personalidad. Buenos Aires, ed. Paidós.
- Kernberg, O. (1967) Trastornos graves de la personalidad. Buenos Aires, ed. Paidós.

4.4.5. Semántica de la conducta suicida

Caín Girol Vizcay y Teodoro Herranz Castillo.
Escuela de Psicoterapia y Psicodrama

Herranz Catillo, T. (1996) Trastornos narcisista y borderline: ¿una frontera permeable?. *Revista brasileira de psicodrama-vol.4-fasc.ii*, p. 49-58.

Herranz Castillo, T. (1999) *Psicoterapia psicodramática individual*. Bilbao, ed. Desclée de brouwer.

Villamarzo, p. (1985) *El yo y los mecanismos de defensa*. Vol I,II,III. Madrid.

Ed. Instituto de Estudios Freudianos Oskar Pfister.

Palabras clave:

- Suicidio
- actuación suicida
- fantasía suicida

Introducción

La conducta suicida en cuanto que conducta no es accidental. Asumo que todo comportamiento es reflejo de la historia de esa persona, incluyendo, de forma fundamental, lo que ha ocurrido entre él y las personas más importantes de su vida. En cuanto asumimos que no es una conducta accidental nos queda la posibilidad de aceptar el trabajo de explicarla.

El modelo comprensivo que de la investigación y experiencia clínica se deriva nos hace entender toda conducta como el resultante último de un conjunto de motivos y motivaciones. La conducta suicida es pues un emergente multiterminado, resultante en último término de la relación que en el momento del paso al acto se establece entre la personalidad del individuo y la vivencia de la situación vital que atraviesa.

Como bien sabemos las motivaciones son esenciales para la explicación de la conducta humana, en cuanto que estas tienen un sentido. Así podemos entender que la conducta suicida tiene una intención, una motivación, y en último término, cubre al menos una necesidad.

Ante la fantasía de consumación de una actuación autolítica tendremos que ver cómo es que la vida se ha hecho un lugar ocasionalmente menos querido que la muerte.

En el extremo de esta fantasía autolítica está el paso al acto de la misma; sin embargo es necesario que partamos del reconocimiento de la fantasía suicida en todo ser humano. Se plantea así la terna: deseo-fantasía-acto, que supone un modelo de acercamiento a la comprensión de cualquier conducta. Donde el monto de patología viene dado por una diferencia cuantitativa y no cualitativa. Es más entendemos como una negación el no reconocimiento en algún momento de la vida de la aparición de fantasías autolíticas.

En este sentido reconocemos universalidad del fenómeno suicida. Un fenómeno omnipresente en todas las culturas y descrito en la literatura desde que tenemos memoria escrita.

Ansiedades paranoides

Una de las claves fundamentales que encontramos en la dinámica suicida es la vivencia de ansiedades paranoides y vivencias persecutorias, como núcleo causal directamente relacionado con la psicogénesis de la violencia dirigida contra uno mismo.

"todo paciente con tendencias suicidas es un individuo atemorizado, presa de pánico y poseído por un verdadero delirio de persecución, las más de las veces inconsciente." Abadi (1973)

En este punto tienen mucho que ver las palabras que Herranz (1999) expresa cuando dice que en todo intento suicida hay en el plano relacional, una petición desesperada de protección. Ahora podemos preguntarnos: ¿qué protección? Y la respuesta es: una protección frente a esta situación de vivirse perseguido, donde un tercero tiene que venir en auxilio, en protección del perseguido.

Esta petición volcada en el plano relacional, tiene su comprensión en entender que es esa función reclamada en el exterior la que no se tiene interiorizada. Nos hallamos en estos momentos de crisis suicida ante una persona en que no ha sido constituida la función de cuidado y protección de sí mismo; o donde esta ha fracasado.

El fracaso de esta función tiene que ver con una profunda regresión a nivel intrapsíquico. Hay que tener muy en cuenta este momento de regresión. El peligro fundamental de esta regre-

sión es que en el funcionamiento psíquico aparecen como modos de afrontar las frustraciones mecanismos de defensa muy primitivos como la negación de la realidad y el pensamiento mágico. Se abre pues con la regresión la puerta a la reconstrucción psicótica de la realidad.

Si en la reconstrucción psicótica de la realidad cristaliza la idea de suicidio como forma mágica de resolver los conflictos vitales vividos por el sujeto, entonces estaremos ante el peligro evidente que esto comporta para la vida del sujeto. En este sentido es en el que proponemos que la solución suicida no es una solución aceptable a los conflictos, en cuanto que es una solución ligada a un estado de confusión entre fantasía y realidad.

Es en estos momentos más críticos donde el psicoterapeuta ha de hacerse cargo de la vida del paciente en la medida de su responsabilidad, y hasta donde él mismo puede hacerse cargo de la vida de otro. Ha de trabajar con el objetivo de que el paciente le otorgue una función de cuidado frente a su vida. En palabras de Herranz (1999): *"si eso no aparece, el terapeuta no tiene ninguna cabida afectiva en la problemática del paciente, o dicho de otro modo, no tiene ninguna capacidad de ayuda."*

Garma (1973) nos dice: *"En cambio, consideraría mas importante otra motivación del suicidio que por entonces no mencioné explícita, aunque sí claramente, al describir la deformación masoquista de la personalidad del suicida. Consiste en la internalización de agresiones del exterior, las cuales en el nivel psíquico se incrementan intensamente por la actuación sádica del superyo y logran que el yo se vuelva más masoquista."*

Esta interiorización de agresiones constituirá una amenaza persecutoria que inunde la vida psíquica de la persona aquejada de una compulsión suicida.

En este sentido me desligo de la concepción de una tendencia natural a la muerte.

Entiendo esta dinámica como un péndulo que oscila entre la necesidad de revelarse frente a un superyo persecutorio y la necesidad de someterse como forma de apaciguar las angustias de abandono.

Quiero dejar claro aquí nuevamente la relación que existe entre la psicogénesis de cualquier patología y la ontogénesis.

Como ejemplo de este movimiento pendular podemos poner el ejemplo de oscilar entre una sintomatología melancólica y una sintomatología maniaca. En la primera se observa distancia entre el objeto perseguidor y el self, viviendo el primero como un elemento frente al que oponerse. En cambio en la sintomatología maniaca veríamos como el paciente se identifica con el mensaje del objeto persecutorio, sometién dose a éste. En este sometimiento maniaco se hace manifiesto el riesgo que supone para la vida del paciente.

Empero si no postulo un instinto de muerte, tampoco lo hago de uno de vida. Digo esto porque uno de los planteamientos que he barajado ha sido pensar que el conflicto resuelto con el suicidio era un conflicto entre las tendencias agresivas dirigidas contra nosotros mismos y nuestro deseo de vivir. Creo que esto no es exactamente así. Considero el deseo de vivir como algo que se constituye.

Abordaré luego cómo las conductas autolesivas son una forma de agredir a un objeto que desea que sigamos vivos.

En este sentido cualquier acontecimiento vital que reactive las fantasías persecutorias, unidas al sentimiento de incapacidad de hacer frente a la agresión que estas plantean tienen como resultado el origen de las fantasías suicidas.

La vivencia persecutoria por definición tiene que ver con la agresividad. Es reconocible en el manejo que el suicida hace de la agresividad en cuanto que dirige esta contra sí mismo para dañar a los demás. Sin embargo, creo que esto no es más que el resultado en objetos externos de una proyección. Lo que resulta extraño es cómo una persona llega a la conclusión y actitud de dañarse a sí mismo, frente a agredir al objeto agresor.

Para ello tenemos que hacer abordar la psicogénesis de esta actitud frente a la agresividad.

Desde mi punto de vista la renuncia a dirigir la agresividad hacia el objeto externo hacia el que deseamos dirigirla tiene que ver con una dificultad. Hay que explicar en este sentido qué es lo que impide sacar la agresividad al exterior de forma activa, en vez de sacarla en forma

pasiva desde un lugar confusional donde para dañar al otro tengo que dañarme a mi mismo. Hay que tener en cuenta que por patológica que sea una conducta esta es la mejor que el sujeto ha podido o le han dejado dar para sobrevivir.

El suicidio como solución

La fantasía de suicidarse se plantea entonces como la vía de escape frente a esta situación conflictiva y persecutoria. Una solución que de llevarse a la práctica constituye una actuación psicótica.

Una actuación psicótica en varios sentidos:

- En cuanto que es una conducta dirigida en función de una fantasía donde no hay criterio de realidad.
- En cuanto que es resultado de un estado de confusión e identificación con el agresor.

Podríamos decir que la compulsión suicida está originada por un verdadero delirio suicida.

Explorar la fantasía suicida es importante en cuanto que nos guía en el proceso de comprender el deseo del paciente. Esto es lo que el paciente cree que va a conseguir actuando su fantasía. Muchos autores han descrito algunas fantasías típicas. Ejemplos son el suicidio como forma de agresión; como fantasía de autocastigo; fantasía de renacimiento en una vida a salvo del perseguidor. No olvidemos que en toda actuación está implícita una fantasía, tanto mas inconsciente cuanto más patológica.

Nos dice Abadi (1973): "*Es de primordial importancia el análisis del "ritual" de cada suicidio en cuanto ahí se da la clave para describir sus motivaciones inconscientes.*"

Pongo énfasis en el abordaje de la fantasía suicida porque considero que en ella están las claves para comprender el significado que se le da a la muerte y al intento de suicidio. Esto porque la muerte no es un fin en sí mismo. No concibo la idea de que busquemos la muerte por sí misma, en cuanto que ésta es desconocida. Si hay una experiencia que no podemos tener ésta es la experiencia de la muerte. Por lo tanto todo lo que esperemos encontrar en ella o a través de ella tiene que ver con las fantasías que a la muerte ligamos. En este sentido toda necesidad expresada a través de un deseo

autofítico es atribuible a lo que entendemos como delirio.

En este sentido las intervenciones psicoterapéuticas tienen el sentido de enfrentar al paciente con su fantasía y proponerle una solución alternativa sana. Como nos dice Herranz (1999): *"Hay que zarandearle, hay que sacudir su deseo inhibido de vivir y hay que conseguir cerrarle las alternativas, de tal modo que sólo le quede una elección: abordar los conflictos desde la esperanza en su resolución"*. Hay que procurar cerrar el suicidio como alternativa.

Una fantasía temida

Una de las fantasías temidas que me ha parecido muy interesante de algunos casos de pacientes con ideación suicida tiene que ver con el temor a fracasar en el intento de suicidio.

En una carta de un paciente con ideas autolíticas encontramos el siguiente texto:

"La verdad es que no tengo miedo a morir, sino a que me tire y no ocurra lo que tiene que ocurrir, entonces me tendría que enfrentar de nuevo a todos, y sería peor."

Vemos aquí una constante vital que es el enfrentarse de nuevo a todos. A veces creo que fácilmente se pueden ver cosas que no están explícitamente dichas. Por ejemplo en este caso veríamos la vivencia de enfrentamiento continuo y la muerte como escape: tendría que enfrentar, De nuevo, A todos. En este momento creo que el terapeuta puede intervenir con la intención al menos de modificar ese mensaje de "A todos", por, al menos, "a todos Menos Uno". Hilando con lo dicho anteriormente, el terapeuta se propone como figura de apoyo y protección.

Esta fantasía temida puede tener también otro enfoque, en cuyo base está el terror a no poderse librar nunca de lo persecutorio. Nos dice Abadi (1973): *"es precisamente la duda, el miedo a seguir viviendo interminablemente las amenazas de otra vida persecutoria después de la muerte por suicidio. El miedo de que morir sea iniciar el camino de una pesadilla: la de no poder morir nunca."*

Referencias bibliográficas

- Herranz Castillo, T. (1999) Psicoterapia psicodramática individual. Bilbao, Ed. Desclee de brouwer.
- Garma, A. (1973) La fascinación de la muerte. Buenos aires, ed. Paidós.
- Abadi, M. (1973) La fascinación de la muerte. Buenos Aires, Ed. Paidós.

4.4.6. La otra mirada de la agresividad, o un acercamiento a la psicósomática

Vega Candelas García, Emilia Villalba Cuevas y Teodoro Herranz Castillo.
Escuela de Psicoterapia y Psicodrama. Madrid

Introducción

La mayor parte de los estudios sobre el manejo y la expresión de la agresividad infantil, se centran en las conductas externas de violencia, en algunos casos extremas, y en el desarrollo de métodos terapéuticos de intervención para el tratamiento de estos niños, calificados de "agresivos".

Sin embargo, existe otro colectivo dentro de la población infantil, que tampoco saben realizar un manejo adecuado de su agresividad. En este caso, no hay síntomas conductuales violentos, como rabietas, gritos, insultos... sino por el contrario una inhibición absoluta de cualquier manifestación de agresividad, empleando su cuerpo como vehículo de transmisión de estos sentimientos; esto es, son niños que padecen un trastorno somatoforme o psicósomático.

En la actualidad no existe un acuerdo generalizado sobre lo que se entiende por Psicósomática y trastornos somatoformes en la infancia, pero de modo general se refiere al proceso que hace a los pacientes buscar ayuda médica por síntomas físicos variados (ej. Asma, dermatitis atópica, alopecia areata, colón irritable...), los cuales son atribuidos de modo equivocado a una enfermedad orgánica. (Pedreira, J, 2001).

Explicaciones causales

Existen numerosas contribuciones teóricas, sobre las posibles causas del origen de estos trastornos, psicoanalíticas, cognitivo-conductuales, gestálticas, psicodramáticas..., pero la realidad es que aún no está del todo claro. Sin embargo, a pesar de ello, existe un mayor

consenso de autores, que consideran importante como parte del tratamiento, el que estos niños aprendan a reconocer y a manejar sus emociones, en concreto la agresividad, con el fin de separarlas de su propio cuerpo, que hasta ahora ha sido empleado como vehículo de transmisión de las mismas, parando el proceso que les convertirá en enfermos crónicos y que en algunos casos como el de los niños asmáticos puede llevarlos a la muerte.

Nos gustaría citar, entre las explicaciones teóricas planteadas sobre este tema, a J.L. Moreno, cuya idea de roles psicósomáticos, como elemento básico del desarrollo de la identidad, es recuperada y ampliada por Herranz, T (1992), afirmando que la respuesta psicósomática aparecerá en sujetos, donde estos primeros roles fueron sostenidos desde la inseguridad por el entorno maternante; cuando ante los conflictos vitales necesiten separar su yo- psíquico de la situación externa, triangularán al cuerpo en este proceso.

Características de personalidad de los niños psicósomáticos

Para Marty, P (1990), pionero en el estudio de este tema, existen 2 elementos básicos, que están presentes en sujetos que tienen una "estructura de personalidad psicósomática" que son:

Depresión esencial: definida como una depresión sin objeto, sin afectos, donde existe una inhibición vital. (D.E.)

Pensamiento operatorio: esto es, un modo de pensar permanente sobre la acción y el actuar; no existen fantasías, ni deseos, ni sueños. (P.O.)

Para describir y organizar las características de personalidad de estos niños, vamos a tomar como referencia estos conceptos anteriormente descritos, agrupándolos en dos:

1. Pensamiento operatorio

- Manifiestan una preocupación excesiva por la norma; son cumplidores y tienen una organización de la realidad bajo la polaridad bueno-malo.
- Hiperexigencia.
- No imaginan, describen historias estereotipadas, fijas, sobre premios y castigos.
- No hay pasado, ni futuro. Sólo un presente lleno de obligaciones.
- Su lenguaje es monótono, poco espontáneo, carente de emoción. Parecen adultos en pequeño.
- Nunca hablan de sentimientos.

2. Depresión esencial

- Cuando cometen un error, aparece la culpa y el "machaqueo de ellos mismos".
- Ante las críticas de los otros, no reaccionan con rabia, sino con culpa y pena por "no haber dado la talla".
- Ante la agresividad de los adultos y/o iguales, no se defienden sino que se paralizan
- Piensan que si sacan la rabia contra otro, le pueden destruir.
- Desvalorización propia.
- Inseguridad.
- La presencia de los síntomas somáticos, los empujan para autocastigarse.

Justificación del empleo del psicodrama en el tratamiento con estos niños.

- El Psicodrama, permite acceder al mundo de las fantasías de los pacientes y potenciarlo.
- Une el registro emocional y cognitivo con la información corporal. En un primer momento hasta que el niño pueda hacerlo sólo, se puede unir lo que siente el terapeuta y/o yo auxiliar, con el pensamiento del propio niño, en el trabajo de las escenas internas de este último, favoreciendo la expresión y toma de conciencia de las mismas.
- Potencia el desarrollo de roles, desatascándolos de aquellos en los que se han quedado encasillados, para que puedan construir un nuevo modo de estar y sentirse en el mundo.
- El psicodrama no se va a centrar en los síntomas somáticos del niño de modo exclusivo, los cuales son en muchos casos el instrumento por el cual vinculan la culpa, sino

que va a permitir unir el registro emocional, corporal y cognitivo para que ellos aprendan a que forman un todo relacionado. La integración es el único camino para la curación.

- El propio encuadre técnico del Psicodrama, hace consciente al paciente de la distinción entre fantasía y realidad, con lo que el niño puede empezar a "jugar" con su "rabia" en sesión sin temor a "destruir a nadie", sintiéndose protegido para hacerlo.

Método de intervención de la e.p.p. para el trabajo psicodramático con estos niños.

El tratamiento de este tipo de población, se lleva a cabo con Psicodrama Bipersonal (ya que permite acceder al fondo depresivo, carencial y repararlo con mayor facilidad), con una sesión semanal, de 45 minutos de duración. Las sesiones se estructuran del siguiente modo:

- Qué tema quiere trabajar en la sesión; se le está enviando el mensaje de que tiene derecho a elegir, no todo es una norma "que lo aplasta".
- Elección del tema por parte del niño.
- El niño construye una historia; el terapeuta se queda fuera de la escena sin interpretar ningún rol, por mucho que insista el paciente.
- Aparece el problema y el niño da su respuesta habitual (R H).
- Se le pregunta por lo que siente. Si no lo sabe, el terapeuta puede intervenir realizando una "Función Metabolizadora": Ej." He sentido miedo ¿y tú?".
- El terapeuta debe asociar la respuesta somática del niño con la emoción de éste, usando un modo indirecto en la formulación de la interpretación. Ej." A lo mejor cuando te enfadas con tu hermano, tu pelo se cae del enfado".
- El terapeuta, sugiere al niño una respuesta alternativa ante el problema planteado (R.S). Pueden ocurrir varias cosas:
 - Que el niño no la desee, ni la acepte
 - Que la desee, pero no pueda llevarla a cabo.
 - Que la acepte y la lleve a cabo.
 - Ensayo del niño, de la respuesta alternativa. (R.S)

Descripción breve de dos casos clínicos.

Caso 1º. Paciente de 5 años de edad, el mayor de 2 hermanos varones, Padre y madre trabajan fuera de casa durante todo el día; él casi nunca los ve. Mala relación con su madre

y con su hermano pequeño; a su padre lo vive como una figura afectiva pero débil, incapaz de darle seguridad. Síntoma somático: alopecia areata en nivel muy avanzado.

Escena planteada. Muestra mucho miedo a que le castiguen si no hace bien los deberes.

R.H. La profesora le regaña y él se exige hacerlo perfecto.

R.S. sugerida por el terapeuta: "mira a ver si el niño puede cometer fallos sin que le regañes".

R.S. del niño. "No pasa nada, el próximo día lo harás bien".

Caso 2º. Paciente de 9 años de edad, padres divorciados desde hace varios años. Cada uno de los padres, tiene una nueva pareja, con la que tiene una hija. Nuestra paciente es por tanto, la mayor de tres hermanas, con las que aparentemente se lleva bien. Los padres biológicos de la niña se llevan mal entre ellos, aún en la actualidad. Síntoma somático: la paciente manifiesta episodios recurrentes de colon irritable.

Escena planteada. Trae a escena a los miembros de su familia, pero después de nombrarlos es incapaz de hacer nada con ellos. R.H. "No puedo decidir que hacer con ellos, porque luego se enfadan conmigo".

RS del terapeuta. "Esto es un lugar mágico, donde todo es posible y donde no tienes que elegir nada que no quieras; Mira a ver, si te gustaría o no, qué hagan algo, aquí nadie se va a enfadar contigo".

R.S. del niño. "Vamos a jugar a que hacemos una fiesta".

Conclusiones

Para concluir con esta exposición, nos gustaría resaltar algunos puntos significativos en nuestra experiencia terapéutica con estos pacientes:

- El tratamiento va a ser largo y costoso. La aparición de las recaídas son elementos que van a generar impotencia en el terapeuta.
- Los síntomas físicos van a tardar en desaparecer, porque se han convertido en muchos casos en lesiones importantes; a veces el órgano está tan afectado, que el tratamiento psicoterapéutico, sólo sirve para potenciar la prevención de los síntomas y las recaídas, pero no la curación física del mismo. El terapeuta, deberá ser consciente de esto, y poder saber valorar, si el tratamiento está o

no teniendo éxito.

- En el aprendizaje del manejo de la agresividad, el niño va a pasar por distintas fases, tales como las explosiones de rabia, la manipulación...y en todos los casos la dirigirá contra el terapeuta. Es fundamental, que éste sepa desarrollar la paciencia y poder diferenciar que no va dirigida contra él como persona concreta, sino hacia la figura que en ese momento está representando.
- A lo largo del proceso de intervención, deberá ir incorporando a los padres para que no "desaparezcan" como figuras de referencia para sus hijos. Habrá que trabajar su sentimiento de culpa por ser "malos padres", ya que esto estará presente en todos los casos, y de modo destacado en los que haya síntomas físicos muy evidentes.
- Es fundamental estar en contacto con el/los médicos de los niños, para conocer los tratamientos físicos que les están dando.

Bibliografía

- Aznieu, D (2002). *El yo piel*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bartolo, C (1994). *Psicosomática e Psicodrama*. Revista Brasileña de Psicodrama. V2, Fascículo 2, 61-70.
- D.S.M-IV R (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales revisión*. American Psychiatric Association. Barcelona: Masson.
- Eisenberg, L; Chess, S. (1978). *El niño perturbado*. Buenos Aires: Paidós.
- Gila, A; Martín-Mateos, M.A. (1991). *El niño asmático*. Barcelona: Biblioteca de psicología y de la salud, Martínez Roca.
- Herranz, T; Osorio, I. (1992). *Respuesta psicósomática en el proceso de intervención familiar*. Vínculos. Revista de Psicodrama, terapia familiar y otras técnicas grupales. Numero 5. 47-57.
- Herranz, T (1999). *Psicoterapia psicodramática individual*. Bilbao: Desclée de Brower.
- López, J.M. et al . (1998). *Seminarios de la unidad de docencia y psicoterapia 97-98*. Granada: T.G Arte.
- Marty, P (1995). *La psicósomática del adulto*. Argentina: Amorrortu Editores.

4.5 Reflexiones en torno a la experiencia psicodramática

Moderador: José Antonio Espina Barrio.

4.5.1. Conciencia emocional y Psicodrama. Las Funciones del Psicodrama y su relación con las funciones de la Conciencia Humana.

Dr. Ernesto Fonseca Fábregas
Médico. Psiquiatra. Sofrólogo. Psicodramatista
Miembro del Board of Directors IAGP

Srta. Verónica Millán Salort
Estudiante 3º Psicología UAB y de L'Escola De
Psicodrama i Sociometria de Catalunya (ESCAT)

"Si no hay Cuerpo, no hay Mente: (sic) ... el cuerpo proporciona una base referencia para la mente..."

Antonio R. Damasio
"El Error de Descartes": "La emoción, la razón y el cerebro humano" Ed. Crítica, Barcelona, 1º edición en Biblioteca de bolsillo, abril de 2001.

A. Introducción

Hace poco más de 3000 años, los grupos de Homo Sapiens eran virtualmente autómatas, carentes tanto del concepto de auto-desarrollo como de conciencia de la brevedad de la vida. Escuchaban "voces" en sus cabezas y les llamaban dioses¹ que les decían lo que tenían que hacer. Sus mentes estaban divididas:

- * Una parte que le daba órdenes (Dioses)
- * Otra parte que las cumplía (Hombre).

Cuando la escritura, el lenguaje y otras actividades humanas comenzaron lentamente a aparecer, la autoridad de lo que creían voces de los dioses decreció, se silenciaron y nació lo que llamamos Conciencia.

Sugiero que el habla de los dioses tenía lugar por la actividad del Cerebro Derecho, con los patrones de reconocimiento y los mecanismos de procesamiento espacial del Cerebro Derecho, a pesar de que ello era comunicado por el Cerebro Izquierdo verbalmente en un lenguaje primitivo.

1. J.Jaynes, citado por S. Keen en el libro "Reflection on the Drais of concienciness", Psychology Today, 11 (1977): 58.

Es posible que los seres humanos de esa época, fueron cogidos por sorpresa cuando pudieron "hablarse a sí mismo", por lo que no fueron capaces de entender el habla internalizada del Cerebro Derecho (CD) e interpretarla con el Cerebro Izquierdo (CI).

Gallin² propone que el modo del pensamiento del CD sería similar a la descripción de Freud del "inconsciente". Muchos procesos del CD son congruentes con la modalidad cognitiva que el psicoanálisis ha llamado proceso primario, como son el amplio uso de imágenes, menor implicación del tiempo y la secuencialidad y un tipo de lenguaje limitado con errores lingüísticos.

El mismo autor dice que, ambos cerebros ante los mismos estímulos sensoriales, reciben una información distinta debido a que cada uno enfatiza sólo una parte de los mensajes: el CI atenderá a las señales verbales, y el CD a lo no verbal.

En fin, que parece ser que el CD por sí sólo no tiene medios para expresarse asimismo, lográndolo (ó no) al proporcionarle información al CI (que muchas veces no lo entiende y se inventa lo qué decir o qué hacer).

Ahora bien, los estudios de Goldstein³ en su obra "El cerebro Ejecutivo" y los de Damasio⁴ en "El Error de descartes" que incide en decir que el cuerpo proporciona una base de referencia para la mente, dan al traste con algunas de las concepciones que hasta la fecha teníamos sobre la Conciencia.. Dichos autores exploran los Lóbulos Prefrontales y en especial la Corteza Prefrontal, atribuyéndole a la misma funciones específicas que veremos más adelante y que ampliarían nuestros conocimientos sobre la conciencia a la vez que nos hacen pensar que las técnicas psicodramáticas podrían incidir estimulando parte de esa Conciencia atribuida a dichos Lóbulos Prefrontales.

B. Génesis de la conciencia

El proceso creativo más importante de la evolución humana ha sido la evolución del cerebro humano, desde nuestros ancestros homínidos

hace nueve ó diez millones de años, hasta el "Homo Sapiens Sapiens". Popper afirma que "el surgimiento de la Conciencia completa (Autoconciencia) es realmente uno de los milagros más grandes de la evolución".

El mismo autor dice que la aparición progresiva de la conciencia se realiza en dos etapas:

1. La Conciencia

Podemos decir que un animal es "consciente" cuando se guía por sentimientos y estados de ánimo y cuando es capaz de valorar su situación presente a la luz de su experiencia pasada, pudiendo desarrollar una respuesta apropiada, hecho que es más que una respuesta instintiva estereotipada. Por ello es capaz de mostrar un patrón original de comportamiento, que puede ser aprendido y, además, es capaz de mostrar una serie de reacciones emocionales.

2. La Autoconciencia (YO)

Es la característica fundamental de la especie humana y una novedad evolutiva, ya que el resto de especies biológicas de las que proviene la humanidad (grandes simios) poseen sólo rudimentos o carecen de ella totalmente. Se refiere a la "conciencia de sí mismo" y "la conciencia de la propia muerte", hecho este último generador de la angustia en el ser humano.

C. Psicobiología de la conciencia.

En cuanto a la Psicobiología del fenómeno denominado Conciencia, en el Sistema Nervioso Central de los seres humanos hay que resaltar tanto las asimetrías interhemisféricas, de las que sobresalen las Áreas de lenguaje: Lóbulo Parietal y Temporal Izquierdo del Cerebro Dominante (Área de Wernike), como la dominancia manual contralateral.

La atención, cualidad primera del Psiquismo, está regulada tanto por la Corteza Parietal como la Prefrontal (Lóbulos Prefrontales),, afectándose sobre todo la búsqueda visual y los movimientos oculares cuando hay lesiones en dichas regiones.

Por otro lado, cada Hemisferio Cerebral (nosotros preferimos hablar de dos "Cerebros") forman una estructura, un sistema complejo del que el Cerebro Derecho formaría, con el Sistema Límbico, el Subsistema Natural y el

2. D. Gallin "Implications for Psychiatry of left and right Cerebral Specialization". *Archive of General Psychiatry*, 1 (1974):572

3. Goldstein: "El Cerebro Ejecutivo"

4. Damasio, A.: "El error de Descartes".

Izquierdo, con la Estructura Social, el Subsistema Social (Rojas-Bermúdez).

Ahondando en estos aspectos de las "funciones de la conciencia" y de la interrelación entre los nombrados subsistemas natural y social, recordaremos lo que Springer y Deutsch⁵ comentaban: "desde las primeras operaciones de escisión cerebral, se han usado sucesivamente "etiquetas" para describir los procesos del Cerebro Izquierdo y los del Cerebro Derecho", concluyendo que dichas etiquetas pueden dividirse en cinco grupos principales, los que a su vez forman una cierta jerarquía (cada designación o "modo de operar" engloba y supera las anteriores a ella), que esquematizaban de la siguiente manera:

| Encéfalo | |
|--|--|
| Hemisferio izquierdo | Hemisferio derecho |
| 1. Verbal | 1. Visuo-espacial |
| 2. Digital, Secuencial Temporal Detallista. | 2. Analógico Simultáneo Espacial Global |
| 3. Analítico Lógico (Contenidos) | 3. Sintético Gestáltico (Formas) |
| 4. Racional | 4. Intuitivo |
| 5. Pensamiento "Occidental" | 5. Pensamiento "Oriental" |

Esta dicotomía no es una división dual, ya que es más cierto decir que hay interrelaciones entre ambos cerebros, esta división sería sólo una manera operativa de enfrentarse a una situación compleja, que englobaría la idea es que la conciencia y el pensamiento de cada sujeto están relacionadas con el grado en que usa cada uno de sus Cerebros, Dominante ó "Dominado".

Sperry confirmó que el intenso intercambio de impulsos que tiene lugar a través del cuerpo calloso asegura la cooperación entre ambos cerebros, afirma que el C. Derecho es una parte

altamente desarrollada del SNC con la salvedad que "no puede expresarse verbalmente" y, por tanto, "no es capaz de expresar ninguna experiencia consciente comprobable". Llega a afirmar que en el CD hay "otra forma de conciencia" cuya existencia, sin embargo, "permanece en la sombra por falta de expresión lingüística". Visto de ese modo, el YO estaría a su vez dividido en uno hablante (que dependería del CI ó Dominante), de otro mudo ó afásico (que dependería del CD ó Subordinado).

El mismo autor sugiere también las etiquetas de cerebro aritmético (CI) y cerebro geométrico (CD). Dice que el CI es analítico y secuencial, dominante y especializado en los detalles delicados del pensamiento en todas las descripciones y reacciones, puede realizar operaciones de cálculo pero su calificativo de Dominante obedece, sobretodo, a sus facultades verbales e ideacionales y a su relación con la conciencia de sí mismo.

El CD, al que llama Subordinado, merece dicho calificativo por sus deficiencias en todas las "funciones" anteriores, a pesar de que su papel es prominente en otras "funciones" ó "facultades", particularmente en lo que respecta a la Representación espacial, con su marcado desarrollo del sentido gráfico, pictórico y de las formas, proponiendo un esquema que ampliaría el anterior que no expondré por lo que ha perdido de importancia a raíz de los trabajos que enuncié al principio de Goldstein y Damasio.

En dichas tablas se expondrían las funciones de ambos cerebros (que no serían más que funciones de la conciencia y por ende funciones del yo, tomando en cuenta que el yo - psiquismo es una función del SNC), para llamar la atención sobre los aspectos que nosotros intentamos mejorar por medio de Técnicas activas con participación corporal, en el aquí y ahora, que abre las puertas a mi entender, a mejorar el conocimiento del espacio y las formas (CD) y del tiempo y las secuencias (CI).

Goldstein, en su libro "El cerebro Ejecutivo" hace revalorizar la función de los Lóbulos Prefrontales y su relación directa con el Cerebro derecho. Partiendo de la base ya sabida de que el cerebro humano es el sistema natural más complejo del universo conocido y que comenzó a acelerar su desarrollo con los grandes simios, demuestra que los lóbulos frontales son los más específicamente

5. (SALLY P. SPRINGER & GEORGE DEUTSCH:
"Cerebro Izquierdo, Cerebro Derecho" (ver Bibliografía)

“humanos” de todos los componentes del cerebro, son la sede de:

1. la intencionalidad
2. la previsión
3. la planificación

La cognición humana es proactiva, es decir, está impulsada por objetivos, planes aspiraciones, ambiciones y sueños, los cuales pertenecen al futuro. Estas potencias cognitivas dependen de los lóbulos frontales y evolucionan con ellos.

Los lóbulos frontales son el órgano de la civilización porque:

- Establece fines y objetivos
- Concibe los planes de acción
- Selecciona las habilidades cognitivas necesarias, las coordina y aplica en el orden correcto
- Evalúa el éxito y el fracaso
- Permite al organismo que se libere del pasado y se proyecte en un futuro

Experimentos con neuroimagen funcional realizados por Raichle ilustran la relación entre el lóbulo frontal y la novedad. Los investigadores utilizaron Tomografía de Emisión de Positrones (PET) para estudiar la relación entre los niveles del flujo sanguíneo en regiones del cerebro y la novedad en la tarea. Al introducir por primera vez una tarea, el nivel de flujo sanguíneo alcanzaba su máximo. A medida que aumentaba la familiaridad de los sujetos con la tarea, la implicación del lóbulo frontal prácticamente desaparecía. Si se introducía una nueva tarea, que en general era parecida a la anterior, el flujo sanguíneo frontal aumentaba algo, pero no alcanzaba su nivel inicial. Entonces se deduce que parece existir una fuerte relación entre la novedad de la tarea y el flujo sanguíneo de los lóbulos.

La novedad está además asociada con el hemisferio derecho, así podría llegarse a la conclusión de que los lóbulos frontales están más íntimamente implicados en el funcionamiento del hemisferio derecho del cerebro. El lóbulo frontal es mayor en el hemisferio derecho que en el izquierdo.

El papel especial desempeñado por los lóbulos frontales y el hemisferio derecho en tratar con la novedad y por el hemisferio izquierdo en la implementación de rutinas, sugiere que los cambios dinámicos asociados con el aprendi-

zaje son al menos dobles. Con el aprendizaje, el lugar de control cognitivo se desplaza desde el hemisferio derecho al izquierdo y de las partes frontales a las partes posteriores de la corteza.

D. “El error de Descartes”

La teoría dualista de Descartes abarcó un amplio campo de estudio durante siglos y siglos e incluso hoy en día perdura.

Descartes partía de la idea de que el ser humano está compuesto por mente y cuerpo. La mente es la que dirige y organiza al ser humano y el cuerpo es el envoltorio encargado en llevar a cabo lo que la mente le ordena. El autor imaginó que el pensar es una actividad muy separada del cuerpo, celebrando la separación de la mente, la “cosa pensante” (res cogitans), del cuerpo no pensante, el que tiene extensión y partes mecánicas (res extensa).

Descartes concluyó que las personas primero pensamos (actividad mental) y luego existimos (cuerpo). De aquí nos deleitó con su famosa frase de “pienso, luego existo”. Esta idea sugiere que pensar, y la conciencia de pensar, son los sustratos reales del ser, pero en algún punto de la evolución, comenzó una conciencia elemental. A partir de esta conciencia vino una mente simple que se fue desarrollando hasta una mayor complejidad. Descartes sugiere que lo primero que tuvo el ser humano es su posibilidad de pensar, y más tarde la de utilizar el lenguaje para comunicar y organizar mejor el pensamiento.

Para nosotros en el principio fue el ser, y solo más tarde fue el pensar, empezamos como ser, a medida que llegamos al mundo y nos desarrollamos, y solo más tarde pensamos. Somos o existimos, y después pensamos porque para poder pensar primero hay que existir (ser), puesto que el pensamiento está en realidad causado por las estructuras y las operaciones del ser.

El gran error de Descartes fue esta separación de mente y cuerpo, una mente que además de dirigir al cuerpo, era una sustancia, cuya misma esencia o naturaleza es pensar, y que para su existencia no hay necesidad de ningún lugar, ni depende de ninguna cosa material; de manera que este “yo”, es decir el alma por lo que soy lo que soy, es completamente distinta del cuerpo,

e incluso si no existiera el cuerpo, el alma no cesaría de ser lo que es.

En realidad, según Damasio la comprensión global de la mente humana requiere una perspectiva organísmica: la mente no solo debe moverse desde un cogitum no físico al ámbito del tejido biológico, sino que también debe relacionarse con un organismo completo, formado por la integración del cuerpo propiamente dicho y el cerebro, y completamente interactivo con un ambiente físico y social.

Por desgracia, la idea de una mente separada del cuerpo parece incluso haber modelado la manera peculiar en la que la medicina occidental enfoca el estudio y el tratamiento de enfermedades. La división cartesiana impregna tanto la investigación como la práctica médica y como resultado encontramos que las consecuencias psicológicas de las enfermedades del cuerpo se suelen pasar por alto y solo se tienen en cuenta en segunda consideración. Pero más desatendida es todavía la situación inversa, los efectos sobre el cuerpo del conflicto psicológico. Los problemas psicológicos pueden y de hecho provocan graves consecuencias en nuestro cuerpo.

E. Mente y psiquismo, cerebro y cuerpo.

Si no hay cuerpo no hay mente (Psiquismo) y si no hay Mente (Psiquismo) no hay Conciencia. El trabajo que enunció de Antonio Damasio ("El error de Descartes") parte de la idea principal que interesa resaltar y desarrollar que: "el cuerpo proporciona una base de referencia para la mente".

El ser humano está en continua interacción con el entorno, y en esta interacción, no es el cuerpo sólo o el cerebro sólo lo que actúa con el ambiente, sino una interacción de los dos, es todo el organismo el que interactúa. Ante la mayoría de situaciones experimentadas no solo actúan señales que van del cerebro al cuerpo, sino que el cuerpo también envía señales al cerebro, las cuales son imprescindibles para la constitución del Yo consciente.

El cuerpo no es un mero receptor de estímulos externos que provienen del ambiente, el cuerpo actúa, y en función de lo que haga el cuerpo, al cerebro le llegarán unas señales u otras, las cuales a su vez irán modelando al cerebro de una manera u otra. Percibir tiene que ver tanto

con actuar sobre el ambiente como en recibir señales del mismo. Es decir, el cuerpo recibe señales, las envía al cerebro y éste le envía señales al cuerpo para que actúe, por tanto, el cerebro necesita del cuerpo para actuar y recibir.

Otro aspecto que interesa destacar es la importancia del papel de la mente o psiquismo, pero para ello hemos de especificar qué entendemos por mente o psiquismo.

Hasta hace poco, e incluso actualmente, cuando las personas hablan de la mente o psiquismo se refieren al cerebro (puesto que lo entienden como el centro manipulador y controlador exclusivo de todos nuestros actos) ignorando la indispensable aportación del cuerpo. Para nosotros, la mente es mucho más que el cerebro, la mente (psiquismo) es la interacción, la unión cooperadora entre cerebro y cuerpo.

Damasio, en su obra⁶, nos sugiere que la mente surge de la actividad de circuitos neurales y que muchos de estos fueron modelados a lo largo de la evolución por requisitos funcionales del organismo o cuerpo. Por tanto, la mente solo tiene lugar si estos circuitos contienen representaciones del organismo y si continúan supervisando los estados del organismo en acción. Estos circuitos neurales representan el organismo de forma continua, tal y como es perturbado por los estímulos procedentes de los ambientes físico y sociocultural y tal y como actúa sobre dichos ambientes.

Por tanto, podemos afirmar que el cuerpo contribuye al cerebro con algo más que un soporte vital y efectos moduladores, contribuye con un contenido que es una parte fundamental de los mecanismos de la mente (psiquismo) normal.

Por ello entendemos el Yo como un estado biológico reconstruido continuamente.

A medida que el cuerpo va recibiendo la distinta información que proviene del ambiente, éste va variando, se va adaptando a la información recibida y nuestro cerebro actúa en consecuencia, de manera que se produce un cambio

6. Antonio R. Damasio. "El error de Descartes" la emoción, la razón y el cerebro humano. Crítica, Barcelona 2001.

o adaptación general de todo nuestro organismo, y así nuestro estado del yo va reconstruyéndose y variando de forma continua.

Las representaciones que nuestro cerebro construye para describir una situación, y los movimientos formulados como respuestas a esta situación, dependen de las interacciones mutuas cerebro-cuerpo. El cerebro construye representaciones cambiantes del cuerpo a medida que éste varía bajo las influencias químicas y mentales.

Para entender mejor lo que queremos decir respecto a Mente-(Psiquismo)-cuerpo-cerebro tenemos que referirnos a la envoltura de dicho cuerpo, a la piel. La piel es mucho más que una lámina sensorial extensa que nos ayuda a construir la forma, superficie, textura y temperatura de los objetos. Tiene dos características importantes: por una parte es clave en la regulación homeostática; y por otra parte, es una viscera indispensable para el tacto, el contacto, la sensualidad y la sexualidad.

La idea que nos ofrece Damasio es que el complejo somatosensorial del cerebro, especialmente el del hemisferio derecho en los seres humanos, representa nuestra estructura corporal en referencia al esquema corporal en el que hay partes centrales (tronco y cabeza), partes apendiculares (extremidades) y una frontera corporal que es la piel. Este mapa del organismo anclado a un esquema corporal no se consigue en una única área cerebral, sino en varias mediante pautas coordinadas de actividad neural.

Así, cuando vemos, no sólo vemos sino que sentimos que estamos viendo algo con nuestros ojos. Nuestro cerebro procesa señales que indican que nuestro organismo está implicado en un lugar específico sobre el mapa corporal (como los ojos y sus músculos), y que indican los detalles visuales de lo que excita nuestras retinas. Es adecuado percibir nuestra percepción visual como "una sensación del cuerpo mientras vemos" y ciertamente sentimos que estamos viendo con nuestros ojos (y no con nuestra nariz). Y lo mismo sucede cuando tocamos hay dos conjuntos de señales locales procedentes de nuestra piel: una se ocupa de la forma y textura del objeto; y la otra tiene que ver con los lugares del cuerpo que son activados por el contacto con el objeto y el movimiento de la mano o brazo.

Afirmamos que el Cuerpo sirve como referencia de base para la estructuración del Yo (Neural) y por lo tanto de la conciencia. Existen sucesivos estados del organismo, cada uno de ellos representado de nuevo a un nivel neural, en múltiples mapas concertados, momento a momento, y cada uno de los cuales aseguraría el yo que existe en cada momento concreto. La realidad externa llega al cuerpo en acción a través de las representaciones de sus cambios y perturbaciones. Estas representaciones del cuerpo podrían desempeñar un papel en la conciencia humana.

La base neural del Yo residiría en la reactivación continua de dos grupos de representaciones:

1. La reactivación incesante de imágenes actualizadas acerca de nuestra identidad (que es una combinación de memorias del pasado y del futuro planeado) constituye una parte considerable del estado del yo.
2. Las representaciones primordiales de nuestro cuerpo, no sólo cuál ha sido el estado de nuestro cuerpo en general sino también cuál ha sido el estado de nuestro cuerpo últimamente, inmediatamente antes de los procesos conductivos de la percepción de determinado objeto.

Damasio nos sugiere que la subjetividad depende en gran parte de los cambios que tienen lugar en el estado del cuerpo durante y después del procesamiento de un objeto. Así, la representación general del cuerpo constituiría la base para el concepto del yo. Las señales corporales tempranas en la evolución ayudan a formar el concepto del yo y proporcionan una referencia para todas las cosas que tendrán lugar en el organismo, incluyendo los estados corporales actuales que se van incorporando continuamente al concepto del yo. Es por esta idea que consideramos que el yo se va reconstruyendo repetidamente.

El resultado final es que las representaciones disposicionales en los núcleos y regiones corticales se activan, y en consecuencia inducen una serie de cambios en el estado del organismo. Dichos cambios alteran momentáneamente la imagen del cuerpo y así perturban y varían el estado hasta ahora actual concepto del yo. En resumen podemos decir que las respuestas del cerebro a la imagen de un objeto provocan una perturbación del estado del organismo.

Damasio, además propone un conjunto de terceras neuronas que constituyen una representación disposicional del yo en el proceso de cambio mientras el organismo responde a un objeto. Y sería durante este último paso cuando emergería la subjetividad, ya que cuando el cerebro está produciendo no sólo imágenes de un objeto, no sólo imágenes de las respuestas del organismo e ese objeto, sino un tercer tipo de imágenes que son las del organismo en el acto de percibir un objeto y responder a él.

Así el dispositivo neural mínimo capaz de producir subjetividad requiere:

- cortezas sensoriales iniciales,
- regiones de asociación corticales y motoras y
- núcleos subcorticales con propiedades de convergencia capaces de actuar como conjuntos de terceros.

Y este dispositivo neural básico no requiere del lenguaje ya que puede hacerse empleando herramientas representacionales elementales de los sistemas sensorial y motor en el espacio y el tiempo.

F. Conciencia y psicodrama

El Psicodrama es un método y una técnica psicoterapéutica creada por J.L. Moreno en la primera mitad del siglo XX basada en la Filosofía del Momento y en la Teoría del Encuentro. Reúne características metodológicas que lo hacen único y lo diferencian de otras Psicoterapias, de las que me gustaría resaltar entre otras, las dos que creo más importantes respecto a la correlación con las nombradas funciones de "la conciencia":

1. El Psicodrama utiliza el cuerpo en acción, incorporando el Tiempo, el Espacio y la Memoria Corporal. Dichas incorporaciones dan lugar a su vez a tres características:

- En cuanto al Espacio, incorpora el contexto tridimensional reproduciendo en el "aquí y ahora" las situaciones conflictivas del sujeto en un espacio concreto, el contexto dramático.
- En cuanto al Tiempo, es ahistórico, sucediendo todo en el "Aquí y Ahora", por lo que decimos que introduce la Idea de momento, considerando la Historia como parte del "Momento" y no el momento como parte de la Historia.

• En cuanto a la Memoria Corporal, el Psicodrama activa las Huellas Mnémicas (HHMMNN) de ambos Hemisferios Cerebrales particularmente del Derecho (no dominante). Las HHMMNN del Hemisferio Derecho, activan y potencian procesos mentales visuo-espaciales y Atemporales, como la Intuición, la Imaginación espontánea, Imágenes, reconocimiento de Formas y Creatividad en general, mientras que las del Hemisferio Izquierdo activan fundamentalmente procesos mentales imprescindibles para el lenguaje y el pensamiento objetivo y temporo-lineal. El Psiquismo es una función de ambos Hemisferios Cerebrales.

2. En Psicodrama, sin dejar de tomar en cuenta los contenidos, incidimos sobre todo en las formas, tanto corporales como creativas. Von Weiszacker, el padre de la Medicina Antropopsicológica, escribía: "Quien no tenga gusto por las Formas, no entenderá nada de la naturaleza viva"⁷. Por ello, para entender lo que voy a decir respecto al Psicodrama como técnica y método útil para "tomar Conciencia" por parte del paciente, voy a centrarme en el juego Forma-Contenido, que es el que más practicamos en nuestra labor como psicoterapeutas.

Psicológicamente, la conciencia puede ser entendida tanto desde el punto de vista unipersonal, de "hacerse consciente de algo", de "iluminarse", como desde el punto de vista interpersonal, que sería "entender al otro", tomar conciencia de lo que nos quiere expresar. En uno y otro caso, el problema es comunicacional, intra ó inter-comunicacional. Por algo los lingüistas dicen que "la comunicación es el origen de la mente" (Vygovsky). Por ello me voy a centrar más en la comunicación, ya que ella incluye la conciencia.

Parto de la base de que el dilema en "acceder" a un paciente, y que éste pueda "acceder a sí mismo", es un trastorno de Códigos Comunicacionales que, al ser infinidad de veces diferentes ó al estar "bloqueados" por Conflictos Psicológicos ó Trastornos Psiquiátricos, no pueden llegar a ser decodificados, por lo cual no se llega a tener conciencia de los mismos.

7. Viktor von Weiszacker: "Der Gestaltkreis: El Círculo de la Forma"

En cuanto a la comunicación verbal, la Palabra es portadora de mensajes entre emisores y receptores. Los mensajes emisores resultan de la "codificación" que el emisor (en nuestro caso, el paciente) hace de sus pensamientos, sentimientos y actos. A su vez, el receptor (terapeuta) debe "decodificar" dichos mensajes con sus contenidos propios para "comprender al otro". Es en esta codificación/descodificación que creemos está el germen de la incomunicación, y si no hay Comunicación no hay Conciencia. Si bien la palabra es el instrumento común compartido entre seres humanos, no ocurre lo mismo con los contenidos (si se prefiere "representaciones mentales"), ya que éstos son siempre personales. En el caso de la Psicoterapia el peligro (la Incomunicación), se acentúa ya que a los contenidos de cada uno (paciente / terapeuta), se suma en la mayoría de los casos la Ideología del Terapeuta. Este último punto es abordado por el Psicodrama con sumo cuidado, por lo que se insiste tanto en que el Grupo sea el verdadero Agente terapéutico, siendo el terapeuta un técnico que aporta una metodología y que debe siempre "seguir al Grupo".

Los Psicodramatistas no usamos sólo las palabras, sino el cuerpo en el espacio. "El Psicodrama – dice Rojas – revalora y recupera el sentido de la visita en las Psicoterapias e introduce la llamada comunicación no verbal", llamada también comunicación natural que se define como "la manifestación de los códigos genéticos a través de formas que desencadenan comportamientos intra e interespecies". En el animal humano especialmente, no deberíamos hablar de "comunicación" en sentido estricto ya que, al no haber un acuerdo entre las partes, no hay una intención comunicativa, razón por la cual debería llamarse "expresión no verbal".

Y no nos quedamos aquí, con la palabra y el cuerpo en acción, sino que nuestra corriente ha introducido el manejo del Cuerpo y de Objetos en un escenario con las llamadas Técnicas de Construcción de Imágenes con dos variantes:

- Utilizando el Cuerpo
- Utilizando Telas

Ambos se utilizan para que los pacientes simbolicen lo que sienten, piensan o algún concepto significativo que hayan verbalizado⁸, diferenciando las Telas que, al no tener una forma definida como tienen los Cuerpos, obligan al protagonista / paciente que las

maneja a elaborar internamente la Forma que les dará, diferenciándose así Imágenes Corporales (más concretas) e Imágenes con Telas (más abstractas).

Dicha técnica, de Construcción de Imágenes con Telas por parte del protagonista, permite "proyectar" sus Contenidos en una Forma que sería la Imagen, construida primero dentro del sujeto y trasladada fuera, quedando objetivada en el Escenario en forma de una Estructura. La Imagen es una producción íntima del protagonista, y como tal su estructura y peculiaridades son expresiones de procesos internos, debiendo ser valoradas, según Rojas, como si se tratara de una Obra (artística) ó de una Imagen Onírica. Al estar "fuera", puede ser observada y objetivada por ambos (paciente / terapeuta), siendo de gran ayuda para restablecer la Comunicación entre los mismos. La función del psicodramatista es la de ofrecer su capacidad, metodología y técnica para que sea el propio paciente el que encuentre "su verdad", se ilumine y tome conciencia de lo que le pasa en última instancia.

Lo que el Protagonista (paciente) llega a depositar en el Escenario es una Forma concreta que admite múltiples contenidos. El trabajo con Telas, como Técnica de Construcción de Imágenes (formas), va encaminado a presentar "de manera global y simultánea" una trama de significados y relaciones que pertenecen a "su mundo interno", a su Siquismo, y que en muchas ocasiones el individuo que nos consulta mantiene "bloqueados" en su "preconsciente" o, lo que sería lo mismo, sus propios Conflictos Psicológicos no le permiten "iluminar el campo" y "tomar conciencia" de lo que le sucede.

En la técnica que he dado por llamar "Test Proyectivo Psicodramático" (TPP), al trabajar con Telas, el protagonista produce ("crea") con ellas una (o varias) imagen(es) / forma(s).

Al aplicar dicha Técnica, son generados tres elementos que serían:

- la Obra, (Acto creativo)
- la Distancia ("proxémica" de HALL)
- la Iluminación ("el tomar conciencia") y

8. Graciela Moyano: "Teoría y Técnicas Psicodramáticas" de J. Rojas Bermúdez, Ed. Paidós

4.5.2. En clave de amor

Pilar Arconada Rodríguez
Psicodramatista. Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.

Ana M^a Fernández Espinosa
Psicodramatista. Profesora técnica de Formación Profesional, especialidad de Procedimientos sanitarios y asistenciales. Salamanca

Respecto al escenario "como lugar de la ficción y del como - SI", al ser potenciado y utilizado en todas sus posibilidades, crea un nuevo contexto, el dramático, convirtiéndose en el lugar ("círculo" espacio dramático) en el que el protagonista puede concretar fantasías y situaciones, permitiendo que plasme su mundo interno con formas que a su vez permiten ir desvelando sus contenidos. Ahora bien, en el TPP. parto ya de vivencias que engloban todas y cada una de las fantasías y situaciones que pueda vivir el paciente, y son tres: pensamientos, sentimientos, y actos, que llamo "Dimensiones del Psiquismo".

Para acabar, quisiera que esta comunicación aportara una aclaración sobre la idea generalizada que existe sobre el Psicodrama, que es concebido por desconocimiento como una técnica de "happening", en el mejor de los casos como una técnica catártica, ya que pensamos que, sin desvalorizar la necesidad emocional de los pacientes de expresar ampliamente su sufrimiento, de forma verbal y corporal, es necesario que "tomen conciencia" de lo que realmente les pasa, cosa que creo hacemos en nuestro quehacer psicoterapéutico ampliamente, ayudar a nuestros pacientes a "entenderse a sí mismos", a "tomar conciencia de lo que les pasa", en definitiva, a ser los protagonistas de su propia curación.

Cuando Pilar propuso el título, para presentar una comunicación juntas, ésto me removió por dentro y me "enganchó". Bien es cierto que éste ha sido un tema del que hemos hablado algunas veces; en ocasiones en el marco de la reflexión sobre alguna experiencia propia, y en otras partiendo de trabajos, comunicaciones, talleres o libros de diversos autores, algunos de ellos socios y compañeros nuestros.

La decisión de escribir esta comunicación respecto al amor, recuerdo que me produjo un impacto interior, que creo se debió a la identificación de este concepto y/o hecho, como algo básico, fuerte, imprescindible..., pero que resulta "transparente" en la vida cotidiana, al igual que aquellos otros elementos o conceptos, que precisamente se descubren o identifican cuando nos faltan, los perdemos o están dañados. Como por ejemplo, la salud, la libertad... y este amor del que estamos hablando.

Pero, ¿qué es el amor?

Dice Teilhard de Chardin, (P. Teilhard de Chardin. "La energía humana". Taurus. 1967) "el Amor es la más universal, la más formidable, y la más misteriosa de las energías cósmicas. Socialmente se simula ignorarlo en la ciencia, en los negocios, en las asambleas, mientras que subrepticamente está en todas partes".

Y no me resulta muy fácil definirlo, pues siento que me repito de manera reiterada alrededor de la misma idea, pero es que quizá es "sólo" ésto; y ¿no sería ya bastante significativo?

Entendemos EL AMOR como el respeto a la persona, la confianza en su capacidad de crecer y de desarrollarse, el afecto, la aceptación plena del otro, desde la que se le respeta y se le reconoce su espacio vital, y la posibilidad permitida de vivir desde su libertad, de prosperar y conseguir su proyecto vital.

Y ¿qué es la confianza? Tomaré una definición de H. Maturana: "es una actitud en la cual uno se encuentra en una relación sin preguntarse por su legitimidad porque ésta de partida está aceptada. En todo caso, está simplemente en la relación, sin dudar de la aceptación de ella por el otro o por uno mismo"

Pero como señala Pablo Población en "Antinomia amor-poder" nadie vive inmerso de manera permanente, en el "área del amor" o en su contrario, que este autor llama "área del poder" sino que habitualmente nos manejamos en ambas, y quizá un signo de salud mental es el tener la flexibilidad suficiente como para desarrollar cambios adecuados, desde una postura de espontaneidad.

Como consecuencia de que el amor predomine o no en una relación, podrán desarrollarse situaciones de rechazo, con matices de más o menos agresividad, de apartamiento, de aversión, de desprecio, asco, indiferencia o de vacío, o en el polo contrario de confianza y de seguridad, que impregnarán el desarrollo evolutivo de la persona y sus modos de relacionarse así como la manera de vincularse con los demás, su autoconcepto y autoestima.

No queremos deslizarnos aquí hacia la psicopatología y su relación con la vivencia o la carencia de amor en las distintas etapas de la evolución y desarrollo humano, sino sólo queremos continuar con la reflexión sobre el amor ... y la vida ... y el Psicodrama.

Pero volviendo al intento de conceptualizar este término, señalamos aquí lo dicho por Marina (1996): "el amor, por supuesto no existe. Existe una nutrida serie de sentimientos a los que etiquetamos con la palabra amor. Si para Spinoza el amor es la alegría sentida por una causa exterior", y para Kant el amor "es lo que une a una persona con otra cuando sus fines son importantes para ella", para Marina la solución a esta antítesis está en la bidireccionalidad: amar y ser amado como un laberinto de espejos paralelos".

Este autor también comenta, como señalan Marisol Filgueira Bouza, María García Rey, y Miriam Soler, en "El triángulo amorosos-Parejas en crisis" la disociación de nuestra cultura occidental entre la razón y los afectos, y la importancia de los sentimientos, como motor de nuestra vida, de la que una gran parte la dedicamos a resolver problemas que nos afectan sentimentalmente. Desde aquí proponen una pedagogía de lo afectivo, para integrar lo que nunca se debía haber separado, "con un nuevo paradigma que armonice la cabeza y el corazón, o lo que es lo mismo, la utilización inteligente de las emociones".

En esta idea de pedagogía de lo afectivo de la que tenemos textos como "La inteligencia emocional" de Daniel Goleman, "Educar con inteligencia emocional" de Maurice J. Elias, entre otros, que coinciden en la idea básica expuesta, de armonizar emociones y racionalidad, y que además relacionan esta capacidad con el grado de satisfacción, eficacia, incluso éxito personal, que podemos conseguir en nuestra vida.

Se trataría de desarrollar una meta-habilidad, que intervendría en el dominio de otras facultades, y entre ellas:

- capacidad de establecer contacto con los propios sentimientos
- discernir entre ellos y reorientar nuestra conducta
- conocer las propias emociones
- capacidad de controlarlas desde la conciencia de uno mismo
- capacidad de motivarse a uno mismo
- reconocimiento de las emociones ajenas
- control o competencia en las relaciones sociales.

(De Sternberg y Salovey. En *Inteligencia emocional* de Daniel Goleman)

Dice Humberto Maturana: "el amor es la emoción fundamental de los seres humanos, y constituye la base emocional de todos los fenómenos sociales, por lo que un sistema en el cual interactúan seres humanos sólo podrá ser llamado social en la medida en que sus interacciones recurrentes tengan lugar dentro del marco de la emoción implícita del reconocimiento mutuo".

El mismo autor afirma: "vivimos una cultura que habla del amor pero lo niega en la acción. Esta

dualidad es aparente en la educación que damos a los niños. En la infancia los guiamos en la colaboración, el respeto mutuo, la aceptación del otro, el respeto por sí mismo, el compartir y la legitimidad de la sensualidad. En el pasaje a la vida adulta los guiamos en la apropiación, la lucha, la negación del otro, la competitividad, la dominación, y la negación de la sensualidad valorando sobre todo la razón. Es decir, en la infancia los guiamos en la biología del amor, y en la juventud los guiamos en la biología de la agresión."

Todo ésto, expuesto desde otras disciplinas y otros autores, nos conduce en el hilo argumental de la reflexión, al Psicodrama, como modelo psicológico y filosófico en el que los pilares fundamentales son las espontaneidad, la creatividad, y en el que un objetivo inmediato y constante, desde como nosotras lo entendemos, es el darse cuenta, al autoconocimiento, el conocimiento de los otros desde "sus ojos", el aprendizaje de recursos para manejarse con más libertad en las relaciones personales,...y en un sentido más profundo desde la co-implicación de los contrarios desde la que la verdad incluye a la mentira, la vida a la muerte, el amor a su cruz, el día a la noche, lo infinito a lo finito, el sentido al sinsentido, Dios al diablo... juego de contrarios conjugados con un lenguaje hermeneúutico (H. G. Gadamer "La dialéctica de Hegel" Cátedra, Madrid 1988), desde la aceptación y síntesis de ánimos (masculino) y ánima (femenino) en el proceso de individuación y desde la integración de la sombra.

Y en el Psicodrama, además, el Psicodramatista se coloca en una posición personal de dador de confianza, de aceptación, de reconocimiento del otro "porque sí", de facilitador de una configuración grupal como "matriz" o espacio de convivencia en el que está legitimada la existencia de todos los integrantes.

Es decir: en una posición de amor, y en una posición de reparación ... desde él.

Dice J. Hillman (Varios. "Encuentro con la sombra" Kairós. 1990): "la curación de la sombra es un problema moral que nos obliga a reconocer lo reprimido, cuales son nuestras racionalizaciones, de qué manera nos engañamos a nosotros mismos. Y por otra parte, la curación de la sombra es una cuestión de amor. ¿En qué medida aceptamos nuestros aspectos más abyectos, desagradables y perversos? ¿Cuanta caridad y compasión

mostramos ante nuestra debilidad y enfermedad? ¿Cual es nuestra participación en la construcción de una sociedad en la que tenga cabida todo el mundo? Asumir la sombra es tomar conciencia cotidiana de nuestros "pecados", es permanecer atentos para que "el diablo" no nos coja desprevenidos, y tomar conciencia de esta locura que compartimos con el resto de los seres humanos"

Con todo este recorrido conceptual, respecto a nuestro hilo argumental en esta reflexión, que es el amor, plantearíamos como una conclusión la idea de que merece la pena incluir la experiencia del amor en cuantos más espacios de nuestra vida, o por cuanto más tiempo podamos, si es que queremos contribuir a que nosotros y las personas con las que nos relacionamos en nuestros trabajos, nuestros hogares, nuestras asociaciones puedan, podamos ser nosotros mismos, y se sientan, nos sintamos aceptados y legitimados, para desde ahí dotar de un sentido más positivo a nuestra vida, colaborar en vez de competir, sumar esfuerzos en lugar de destruir, pudiendo así generar cambios y ampliar los espacios de armonía y creatividad personal y social.

En una sociedad como la nuestra, tan irrespetuosa con el ser humano... que le ha asemejado a una máquina con necesidades materiales, y que le hace funcionar por y para un correcto desarrollo productivo, cada día hay más hambre de lo esencial, de la mirada al interior y del reconocimiento de una necesidad básica sin atender: el alimento del alma, el amor.

Todos intuimos, porque todos sabemos que es el motor de nuestra vida si la vivimos desde la exclusividad, desde la unicidad del ser humano, cumpliendo con el destino privado de cada uno.

Para conectar con esta sabiduría interior, que todos tenemos, necesitamos silencio y confianza, y justo son estos dos aspectos los más atacados.

Los argumentos racionales son muy difíciles de cuestionar, está todo tan claro... que sin dilación hay que ajustarse a las exigencias del guión.

¿Quién piensa en la infelicidad que esto genera, en la creatividad reprimida, en el desarrollo frustrado y fracasado...?

No hay tiempo que perder, no hay posibilidad de reflexionar, ni de conectar con nuestro mundo interno que está desatendido y tremen-

damente desajustado y que nos hace enfermar de tanta ansiedad y tanta exigencia.

El cuento tiene que ver con sobrevivir, pero no sirve en cualquiera de las formas. La diferencia que, no existe en principio entre los seres humanos porque todos somos bien parecidos, hemos de establecerla con parámetros de prestigio social, económico, laboral, de procedencia, de nacionalidad, de vivienda, etc. De tal forma que el listón sólo es superable alegremente por unos cuantos, otros muchos, a duras penas y dejándose la piel, y muchos más quedan excluidos de lo que llamamos sistema.

Cuánto sufrimiento genera esta forma de vivir. No hay tiempo de "ver" al que tenemos al lado. Estamos tan imbuídos de la ideología dominante, que cualquier otra forma de mirar es recibida como amenazadora y desafortunada.

...Y al final, ¿es supervivencia de lo que hablamos? O es de construir y mantener, cueste lo que cueste, una sociedad en donde explícitamente sólo se aceptan las pautas que contribuyan a perpetuarla y a perpetuarse.

Para construir la propia felicidad, tenemos que ir desmontando los mitos que favorecen la exclusión, en primer lugar no hemos nacido ninguno para ser el entretenimiento de nadie ni para cumplir las expectativas de otros, sino para cumplir con nuestro propio destino y para ello seguro que estamos plenamente dotados. Sólo necesitamos confiar y fortalecer nuestra identidad.

El Psicodrama tiene esa mirada respetuosa hacia el ser humano único y genuino, y desarrolla técnicas que potencian la espontaneidad como respuesta adecuada ante lo desconocido y nuevo, ante lo conocido, y, por ende, propicia la creatividad.

Si, generar creaciones diferentes es contribuir a enriquecer nuestro mundo, a diversificar, a darle color, a multiplicar alternativas,...¿porqué tendemos a simplificar, a reducir a únicas opciones, a trivializar al ser humano (en concepto de Heinz Von Foerster).

Dotamos al mundo de poder para que confirme nuestra existencia, pero es mezquino e interesado y tan sólo nos devuelve la imagen de un ser vulnerable, aunque, y aquí está la clave, reconocer la propia vulnerabilidad hace al ser humano grande.

¿Acaso no estamos describiendo un mundo sin amor?, si por amor entendemos: respeto a la propia persona, confianza en su capacidad de crecer y de desarrollarse, el afecto, la aceptación plena del otro desde donde se le respeta y se le reconoce su espacio vital y la posibilidad permitida de vivir desde su libertad, de prosperar y conseguir su espacio vital.

Nuestro trabajo como psicodramatistas, está escrito en clave de amor, allá donde nos empleemos, hemos de llevar incorporado un sello de profundo respeto al otro, que es el color de fondo en la relación, algo así como el clima, como el ambiente, como el aire, como el elemento nutricional con el que alimentar esa confianza de saber que uno tiene su lugar en el mundo.

Creo que todos hemos experimentado lo fácil que es crecer en un contexto en donde nuestra existencia está legitimada, Cuando se produce esa emoción implícita del reconocimiento mutuo, eso que Humberto Maturana llama amor, y que en Psicodrama describe la configuración grupal como matriz.

¿En qué medida los individuos tenemos responsabilidad en la construcción de esta sociedad enloquecida?

Bibliografía

- "Inteligencia emocional". Daniel Goleman. Kairós. 2000
- "Educar con inteligencia emocional". Maurice J. Elías, Steven E. Tobías, y Brian S. Friedlander. Plaza y Janés. 2000
- "Antinomia amor – poder". Pablo Población Knappe. Psicodrama y otras Psicoterapias. XV Reunión Nacional AEP. 1998
- "Amor y sentido. Una hermenéutica simbólica". Andrés Ortiz Osés.. Anthrops. 2003
- "El sentido de lo humano". Humberto Maturana. Hachette. 1992
- "Sociedad y teoría de Sistemas". Darío Rodríguez.. Marcelo Arnold. Editorial Universitaria. 1990.

4.5.3. De lo racional a lo emocional: una experiencia psicodramática

Marín Olalla M.; Jover Martínez M.; Pérez Ramírez B.; Calcedo Giraldo J.G.; Herrero Marfil C.; Maestro Hernández M.C.
Área de Salud Mental del Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

- "El triángulo amoroso. Parejas en crisis". Marisol Filgueira Bouza, M. García Rey, Miryam Soler Baena. Psicodrama. Una propuesta de futuro. XIV Reunión Nacional AEP. 1998
- "Encuentro con la sombra". Hillman, James. Kairós, 1990
- "El fenómeno humano". Teilhard de Chardin P. Taurus. Madrid. 1965
- "La razón afectiva". San Esteban. Salamanca. 2000
- "Comunicación personal". Jordi Botella de Maglia.

Introducción

En Febrero del 2001 los residentes de Psiquiatría y de Psicología Clínica del Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería iniciamos, bajo la dirección del Dr. Antonio Pintado Calvo, un grupo de Psicodrama que se reúne desde entonces el último jueves de cada mes.

El presente trabajo surge a partir de una serie de conversaciones mantenidas entre los miembros del grupo acerca de nuestras experiencias en éste. Ésta, pues, no pretende ser una reflexión teórica elaborada, ni mucho menos un ensayo acerca del método psicodramático. Más bien se trata de un comentario vivencial, subjetivo y lo más espontáneo posible sobre esta apasionante aventura que todavía continúa.

Antes del Psicodrama

En el momento de enfrentarnos a nuestra primera sesión de psicodrama, las ideas con las que llegábamos acerca de este asunto eran vagas y poco claras. Se trataba de una mezcla (en distintas dosis para cada uno) de desconocimiento, prejuicios y miedos.

Así, algunos de nosotros tuvimos la osadía de juzgar de antemano en base a algo que habíamos leído una vez en un libro de psicoterapia. La cosa sonaba a psicoanálisis para unos, y a método "poco científico" para otros.

Otra idea que flotaba por nuestras cabezas era que el psicodrama sería una especie de "teatrillo" en el que habría que "actuar" (con el miedo subsiguiente a ser "mal actor") y repre-

sentar escenas sobre conflictos personales para superarlos, o quizá situaciones generales que nos pudieran servir a nivel personal, o tal vez trabajaríamos la asertividad...

Por último, algunos acudíamos con una cierta actitud defensiva en la que, o bien no queríamos ni pensar en lo que allí pudiera ocurrir, o estábamos dispuestos a centrarnos en nosotros mismos y a que nadie nos obligara a decir o hacer nada en contra de nuestra voluntad.

Un comienzo prometedor

Es curioso y resulta una lección para el futuro acerca de prejuizar teorías y métodos psicoterapéuticos sin conocerlos darse cuenta de que, para la mayoría de los miembros del grupo, nuestra valoración previa del psicodrama cambió casi desde el primer día. Al final de la sesión inicial, y aunque todavía nos quedaba muchísimo por conocer y experimentar, los prejuicios habían mutado en inquietud por conocer lo nuevo de la experiencia, y los miedos, si bien no habían desaparecido del todo, sí que disminuyeron notablemente, y dieron paso a la curiosidad que nos motivaba a continuar.

Ese día nos vimos haciendo cosas que no nos habíamos imaginado que pudiéramos hacer. Nos sorprendimos de que, mediante un simple cambio de papeles, alguien que no estaba presente en una situación vivida por nosotros pudiera reproducir fielmente las emociones que habíamos experimentado en ella. El comenzar a ponernos en el lugar del otro nos desangustió porque lo sentíamos más cercano. Se disipó el miedo a ser mal actor, porque no se trataba de actuar, sino de ser espontáneo.

Es de justicia otorgar gran parte del mérito a nuestro director, que supo desde el principio cuidarnos en el sentido amplio del término y hacernos sentir seguros. El darnos cuenta de que teníamos delante a una persona que sabía lo que hacía y que conseguía con delicadeza y facilidad aparente sacar cosas de nosotros ayudó mucho.

Por otra parte, el saber que lo que ocurriera en el grupo iba a ser confidencial también nos tranquilizó. En relación a este tema, muchos hemos tenido la impresión de que lo que ocurre en el psicodrama, contado fuera de contexto, pierde su sentido, lo cual hace que resulte fácil mantener la confidencialidad. Finalmente, quizá

contribuyó el hecho de que todos fuéramos residentes y ya nos conociéramos, aunque mucho menos de lo que pensábamos. Todo lo anterior hizo que se creara en el grupo desde el principio un ambiente de protección, confianza e intimidad.

En la primera sesión, se establecieron de común acuerdo los objetivos del grupo. El objetivo general propuesto fue: Aproximación al rol de terapeuta. Como objetivos específicos, se consensuaron los siguientes: manejarse en determinadas situaciones, conocerse a sí mismo un poco más, manejo de la contratransferencia, el empleo de las propias emociones en la terapia y el desarrollo de la espontaneidad/creatividad.

No se trataba, pues, de un curso de formación en psicodrama para residentes de salud mental, y tampoco íbamos a convertirnos en pacientes en sentido estricto (aunque a la postre algo de las dos cosas ha habido). Parecía consistir, más bien, en una experiencia psicodramática que, tal vez, nos haría mejores terapeutas.

Evolucionando

Las buenas expectativas despertadas en las primeras sesiones se han ido confirmando con creces a lo largo de estos meses.

En primer lugar, se ha ido produciendo una conexión progresiva con las emociones de los demás miembros del grupo. Creemos que realmente estamos desarrollando nuestra empatía, no sólo en el sentido de ponernos en el lugar del otro y comprenderlo, sino también de ser más conscientes de lo que esto despierta en nosotros y manejarlo lo más adecuadamente posible. Paralelamente, este acercamiento a los demás nos ha permitido aproximarnos a nosotros mismos de una manera distinta y trabajar con nuestras propias emociones.

Así, se han roto algunas defensas y hemos sido conscientes de la importancia de reconocer conflictos y de tener valentía para expresarlos siendo honestos con nosotros mismos y sabiendo, en todo momento, que el grupo respetaba la posibilidad de guardarlos y posponer el trabajo sobre ellos. Se han despertado sentimientos y recuerdos dormidos, latentes, que han salido a flote en más de una ocasión y que a veces nos han desbordado,

produciéndose momentos realmente emotivos. Nos hemos sorprendido al experimentar emociones que creíamos olvidadas o que cotidianamente reprimimos o anestesiarnos al no saber como manejarlas. Algunos hemos tenido la sensación de descongelarnos, de desinhibirnos, al dejar aflorar a un primer plano de la conciencia nuestra parte emocional.

Hemos aprendido también a jugar de nuevo aunque seamos adultos. Pensamos que es fundamental ese componente de juego que tiene el psicodrama, que nos ha permitido muchas veces disfrutar como cuando éramos niños. Quizá eso explica en parte la cantidad de recuerdos de la infancia que hemos recuperado

Mención aparte merece en la evolución del grupo los momentos clave de recibimiento o despedida de algunos de sus miembros, que empezaban o terminaban su período de residencia. La acogida de nuevos compañeros se nos antojaba a priori como una situación difícil tanto para los recién llegados, por lo que supone entrar en un grupo que lleva un tiempo funcionando, como para los que ya estábamos allí e incluso más todavía para el director.

Sin embargo, el buen hacer de éste una vez más, la cohesión y complicidad del grupo y la confianza en él de todos los miembros (antiguos y nuevos) hizo que todo se desarrollara como un proceso natural. También la marcha de algunos miembros se ha trabajado adecuadamente, dándonos la oportunidad de expresar nuestras emociones al respecto.

Lógicamente, no todo ha sido un camino de rosas en la evolución del grupo. A veces nos hemos bloqueado y otras no nos hemos atrevido a sacar a la luz algún tema personal. Es posible que persista más de un miedo a nuestros fantasmas, a expresar conflictos profundos, a que salgan a la superficie y tengamos que admitirlos. También sentimos en ocasiones cierto pudor a ser los protagonistas de una escena. Pero, en general, seguimos sorprendiéndonos de la capacidad de todos de abrirnos y entregarnos. Estamos en ello.

En fin, nos gusta pensar que a lo largo de estas sesiones estamos creciendo emocionalmente y que somos ahora más creativos y espontáneos, desde luego mucho más de lo que nos hubiéramos imaginado.

¿Qué despierta el psicodrama en nosotros?

Es la era de la superespecialización en todos los tipos de trabajo, desde el fontanero al ingeniero aeronáutico, y por supuesto de la medicina. Cada vez conoce mejor el mecánico el motor de un coche o el cardiólogo el funcionamiento del corazón, pero a la vez se desconoce más el resto del coche o del cuerpo humano.

Se sabe que es necesario un todo, un conjunto para que la realidad de la que hablamos tenga sentido, para que funcione el coche o el cuerpo. Se precisa un integración de todas las partes.

José Antonio Ramírez define al psicodrama como una técnica global que integra el cuerpo, las emociones y el pensamiento.

Si nos centramos en los pacientes y en los terapeutas, y en la relación terapeuta-paciente, resulta irónico decir que el paciente entra a la consulta dejando fuera sus sentimientos, emociones y pensamientos, como si realmente ello fuera posible.

Pero si pensamos en el terapeuta, la idea cambia. En muchas ocasiones, parece que el terapeuta entrara "congelado", y dejara en un segundo o tercer plano sus emociones y reacciones corporales, sólo intentando aplicar su intelecto y sus conocimientos técnicos en la solución del problema del paciente. De este modo no se llega a entender al paciente, ya que buscamos el fallo, el desajuste y su localización.

Como el "Teatro de la Espontaneidad" de Moreno en medio de la consulta psiquiátrica nosotros podemos observar participar en los diversos roles del paciente, en cuanto a su familia, trabajo, entorno social... La observación e implicación empática en los diferentes papeles del paciente a lo largo de su vida nos llevan a entender al mismo, como lo hace un director de cine o un espectador cuando se meten en la piel de los personajes de una película. Al salir de "esta película" llevamos el sabor de la historia del otro. Y éste que al principio nos parecía lejano e ininteligible, se acerca un poco a nuestro entendimiento.

Hanna Weiner y James Sacks escriben:

"Los participantes vienen a la sesión para aprender, para comunicarse y para ser. La tarea del director es crear una involucración

espontánea de los participantes en todos los niveles posibles - intelectual, físico emocional e intuitivo. Es desarrollar la espontaneidad para una respuesta en el "aquí y ahora" que ayude a los participantes a relacionarse unos con otros, a actuar e involucrarse personalmente de tal modo que de la acción resulten momentos de libertad personal, descubrimiento, expresión creadora y una nueva conciencia de realidad."

Como el título de este artículo: de lo racional a lo emocional, a través del psicodrama, se pretende aprender a palpar la realidad, a ver la realidad no sólo con los ojos del raciocinio y del intelecto, sino también con la emoción, los sentimientos, y a percibirla como un todo. Es un acercarse física y psicológicamente al "mundo del otro" y a "nuestro propio mundo".

La Real Academia de la Lengua define la razón, como la facultad de discurrir; intelecto, como entendimiento, potencia cognoscitiva racional del alma humana; y emoción, como estado del ánimo producido por impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos que con frecuencia se traducen en gestos, actitudes u otras formas de expresión.

En nuestra experiencia psicodramática la razón ha quedado doblegada por la emoción. Los sentimientos, ideas y recuerdos han surgido en nosotros, y han sido nuestras palabras.

Desde ese "aquí y ahora" nace una nueva y renovada visión de nosotros mismos y de lo que nos rodea. Nuestro entrenamiento ha sido la creatividad y la espontaneidad, dejando de lado la conserva cultural y nuestro rol de terapeuta.

Además mediante nuestro trabajo en grupo, hemos establecido lazos más fuertes y ha aumentado entre nosotros la complicidad, viviendo experiencias que en una relación social convencional suponemos que habrían tardado en producirse o no hubieran tenido lugar.

Para concluir, nos hacemos la siguiente pregunta. ¿Nos hace el Psicodrama mejores terapeutas?

Quizá no lo apliquemos todavía de manera consciente en la consulta, y mucho menos como método psicoterapéutico reglado. Sin embargo, estamos realizando aprendizajes decisivos al respecto, aunque de muchos de ellos sólo nos demos cuenta a posteriori.

Veamos: reconocer nuestras emociones y las del otro, interiorizar sentimientos y poder expresarlos con nuestro propio filtro durante una entrevista clínica si es necesario. Descubrir la importancia del aquí y ahora, de no repetir comportamientos sobreaprendidos, y saber adoptar distintos roles dependiendo de la situación y de la persona que tenemos delante. Flexibilidad frente a rigidez, y adaptación frente a recetas estándar. No tener miedo a perder el rol de experto, y evitar los juicios preconcebidos acerca del paciente. La creatividad y la espontaneidad como recursos fundamentales en la relación terapéutica.

¿Nos hace el Psicodrama mejores terapeutas? Definitivamente, sí.

Bibliografía

José Agustín Ramírez. *Psicodrama. Teoría y práctica*. Editorial Desclee De Brouwer.

Real Academia Española. *Diccionario de la Real Academia de la Lengua*. Vigésima primera edición. Editorial Espasa Calpe. 1992.

4.5.4. Psicodrama y Proyecto Vital.

M^a Angeles Egido

"No hay ningún viento favorable para quien no sabe a que puerto se dirige"
Arthur Schopenhauer (Filósofo)

Introducción

De entre todas las variables que son susceptibles de tenerse en cuenta en el proceso de relación terapéutica, presto atención, en este trabajo, al desarrollo del proyecto vital del individuo.

Una de las razones para elegir esta variable como incitadora al cambio, fue resultado de la reflexión provocada por una frase atribuida a Nietzsche "quien tiene un por qué para vivir puede soportar cualquier como"; este pensamiento, bastante obvio por otra parte, y del que la historia y los personajes que la hicieron dan ejemplo; quienes han tenido una meta, un objetivo, han perseguido un logro, en el terreno de los valores, de la ética, de la estética, de la ciencia han podido sobrevivir en condiciones extremas, y tal como describe Víctor E. Frankl, incluso salir adelante en la situación terrible de un campo de concentración.

Además, supone una razón significativa para mí, la idea, transmitida a lo largo de toda la obra de Víctor E. Frankl¹, de que detrás de la patología está "la persona", y es necesario convocarla en el proceso terapéutico, conectar con lo saludable del individuo para, a partir de ello, restablecer el camino interrumpido de desarrollo del "sí mismo".

Por último y no menos importante, en consonancia con el Psicodrama, se trata de activar la espontaneidad a través de conectar con los deseos, entendiendo por espontaneidad, esa capacidad natural del individuo eclipsada por la patología de tal manera que obliga a la repetición, hasta la saciedad, de la misma respuesta con la esperanza de, que el mundo le devuelva algo diferente.

Por otro lado, atender al proyecto vital del individuo, es un intento de, partiendo de "lo que hay": de la estructura de personalidad del sujeto, de sus circunstancias vitales, hacer más probable el cambio deseado y ayudar en el proceso de autonomía.

Presuposiciones de las que parto

El individuo, como todo ser vivo, es un sistema abierto, es decir que interactúa con el medio en el que se encuentra inmerso (fig. 1), co-evolucionando con éste (considero el medio del individuo además del biológico, el contexto social —incluyendo todos los contextos—, y la familia), sin embargo, en determinados momentos, se produce un cambio, en el sentido de que las influencias del medio del paciente: familia, contexto social, son neutralizadas por éste, pasando de ser un sistema abierto a un "sistema cerrado" (fig. 2) cuya característica es el aislamiento. Es como si sólo permitiera el intercambio con el medio biológico. Podría decirse que el ensimismamiento, posiblemente con la finalidad de protegerse de lo que le rodea y es causa de dolor, suele ser la solución que se transforma en el problema. En ese espacio creado por el individuo, donde sólo caben sus juicios, creencias, convicciones, se

1. Víctor E. Frankl, "El hombre en busca de sentido" Ed. Herder 1979

incluye el tiempo pasado y el presente, sin embargo el futuro, con todo lo que significa en cuanto a posibilidad de construir está disminuido, o es casi inexistente. Introducir el tiempo futuro, buscar que haya una conexión con su proyección adelante, puede volver a restablecer el "sistema abierto" que el individuo es.

La representación gráfica de lo que antecede se refleja en las figuras 1 y 2



Fig. 1: En esta figura se quiere indicar que la co-evolución se produce por la interacción entre los diferentes sistemas implicados



Fig. 2: Aunque las influencias del medio social siguen existiendo, el individuo parece no responder a ellas. Se ha producido un "ensimismamiento". Una detención en el espacio-tiempo del sujeto.

Metodología

El proceso terapéutico se inicia en el momento en que se concierne la primera entrevista. Se produce un nuevo sistema de influencia en el que el terapeuta juega un papel significativo, un papel otorgado por el paciente; el poder de influencia deviene del deseo del paciente. El objetivo, por parte del terapeuta es la exploración de la dificultad, problema o limitación² con la finalidad de conocer, y que el paciente adquiera una comprensión distinta de la problemática que presenta con la intención de que, a

2. Se tiene en cuenta la descripción de dificultad, problema y limitación ofrecida por Watzlawicz en "Cambio", ed.

partir de dar nuevo significado, el problema se disuelva, y al tiempo, adquiera recursos, modifique su estructura de personalidad y continúe, por sí mismo, su proceso de desarrollo vital.

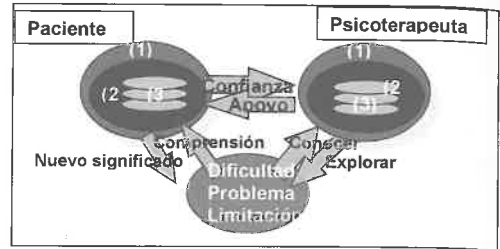


Fig. 3. Representación de la relación entre paciente y terapeuta con el objeto de consulta. El terapeuta pretende explorar y, en consecuencia, conocer cual es la dificultad, problema o limitación que el paciente presenta. De la versión que el terapeuta hace del asunto del cliente, puede producirse una comprensión del mismo generando la disolución del objeto de consulta.

Las llamadas(1) indica el individuo (2) modelo del mundo desarrollado por cada uno de los elementos del sistema terapéutico a partir de sus experiencias, en las que se incluyen la elaboración de creencias, convicciones y vivencias emocionales acerca de cómo es el mundo con el que interactúa, y (3) representación de los niveles bio-psico-social en interacción

Una vez expuesto por el paciente y explorado por el terapeuta el objeto de consulta, se busca, a lo largo de la terapia que el individuo encuentre su dirección tanto durante el proceso como en la vida. Se trata de convertir la búsqueda en un proceso consciente y pro-activo. En este caminar acompañando al paciente, mi propia dirección es proporcionar un nivel suficiente de experiencia que permita ir introduciendo el "tiempo futuro". A modo de ejemplo, sugiero que califique cada uno de los roles que desempeña, tales como "padre comprensivo" o "marido cariñoso" "hijo preocupado" "trabajador responsable" y, además, que haga listados de lo que le gusta y de lo que no le gusta en el desempeño de cada uno de sus roles y, también, propongo reflexionar sobre cómo le gustaría desempeñarlos.

En el espacio dramático representamos escenas de los roles que supone inadecuados. Durante este tiempo le guío con la intención de cuestionar y por otro lado, añadir complejidad, a su manera de interpretar la relación consigo mismo y con el mundo que le rodea.

Una clave importante, en términos de buscar direcciones, viene dada por aquellos roles que le "gustaría ejercer de otra manera". En ese momento se introduce el "tiempo futuro", generando un movimiento, al menos, en la idea de cómo verse a sí mismo.

Con la finalidad de convertir en probable la posibilidad enunciada por el propio paciente, es necesario proporcionar un nivel de experiencia que le permita ejercitar el rol de la manera que desea; para ello construimos y desarrollamos escenas en relación con su deseo. De esta manera va produciéndose la vinculación con su proyecto vital.

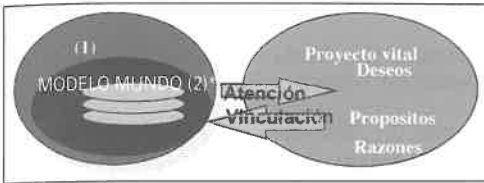


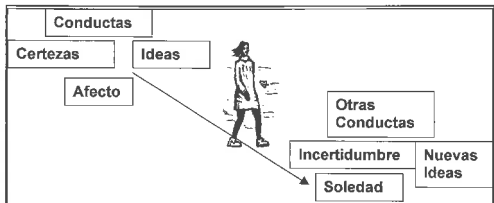
Fig. 3. Durante las distintas escenas que se plantean se atiende a los propósitos de la persona y también a las razones para desear desempeñar el rol de una manera determinando, explorando la emoción que le produce

A partir de que el discurso y las escenas van teniendo relación con sus proyectos, se llega al momento de concretar más, de explorar cada uno de ellos de una manera más vivencial. Este proceso, lo estructuro en la siguiente secuencia:

a) Primera exploración.

Propongo que formule al menos cinco objetivos en cada uno de sus contextos: laboral, familiar, y personal y comenzamos con la exploración de cada uno de sus objetivos. Para ello le sugiero se sitúe en el centro de una línea temporal³ y, favorezco, mediante caldeamiento específico, que pueda sentirse a sí mismo cumpliendo con el objetivo que se propone. Para poder concretar más le pido que reflexione sobre aquello que tendría que dejar atrás y también a qué le acercaría el desarrollar su proyecto. Estamos, ambos, participando en la nueva construcción que desea hacer de su vida. Mi propósito es guiarle en ese proceso, interfiriendo lo menos posible. Es un momento donde la "neutralidad" es imprescindible. Se trata de guiar hacia el cambio que

desea. Como terapeuta le asisto favoreciendo la exploración de cada uno de los elementos de los que se aleja y también de aquellos a los que se acerca. Uso con frecuencia, la metáfora de un barco amarrado a puerto, puede seguir allí todo el tiempo que quiera, preparándose, llenando sus bodegas con aquello que va a precisar durante la travesía, pero si desea llegar a otro puerto es necesario soltar amarras, sin embargo este hecho no significa "perder". Si aparecen temores, bastante frecuente, la exploración se orienta a comprender y comprobar que aspectos latentes hay en ellos, si es un tema de falta de experiencia, de aprendizaje de estrategias, necesidad de conocimiento, ya que partir con temores (sin tener en cuenta la parte protectora de los mismos) podría debilitar al individuo.



Durante la exploración pregunto por las sensaciones, sentimientos y emociones en relación con el proyecto. El que haya una conexión entre el proyecto y el sentir puede facilitar que se produzca el vínculo con el mismo y, en consecuencia, la valoración de la dirección deseada por el cliente. En ocasiones sabemos de qué queremos alejarnos, sin embargo, es menos frecuente saber a qué queremos acercarnos de tal manera que el alejarnos de algo puede llevarnos a otro sitio distinto de aquel en que querríamos encontrarnos. Por esa razón es muy interesante descartar y hacer una valoración en términos de "sentir", ya que puede permitirnos cambiar la dirección y dirigirnos de forma distinta a la, inicialmente, imaginada.

b) Segunda Exploración.

El sujeto se sitúa al final de la línea temporal y disfruta de haber conseguido el objetivo. Se provoca que haya un vivenciar de lo que imagina significa conseguir su deseo. El caldeamiento específico supone preguntas del orden ¿qué imágenes aparecen, sensaciones, sentimientos y emociones ahora que estás disfrutando de la consecución del cambio.... Etc, con el que se haya trabajado?

3. Método desarrollado por Robert Dilts (PNL) y remodelado por John McWhiter

Y posteriormente, da un paso atrás y el terapeuta le pregunta ¿qué ha sido necesario para llegar ahí?. Se repite dicha pregunta cada vez que da un paso hasta el inicio de la línea temporal. Por último, se pide que, de todo aquello que supone ha sido necesario para realizar el cambio, indique aquello que ha sido imprescindible.

c) Tercera Exploración

De nuevo al final de la línea, se reflexiona dando un paso atrás sobre los recursos propios en términos de saberes, aprendizajes, habilidades, que ha requerido para llegar hasta allí.

El propósito de toda la exploración es abrir nuevas opciones y que, además el individuo tenga un sentido de su propio poder para desarrollarlas. En definitiva, se trata de reconocer la posibilidad inmanente correspondiente a su esencia de ser humano en desarrollo. La reflexión sobre esta inmanencia, que podría entenderse como la "persona" de Víctor E. Frankl, la espontaneidad de J.L. Moreno puede hacer más probable la emergencia de la misma.

Mis conclusiones

Me siento en un camino de investigación sobre las circunstancias que producen un estancamiento en el individuo, por tanto, cualquier conclusión es provisional.

A través del trabajo con pacientes individuales, familias y grupos, he podido constatar que la conexión con el proyecto vital produce un movimiento de búsqueda, y de ahí mi hipótesis de "apertura del sistema".

No obstante, la complejidad de variables que se producen en una relación terapéutica es de tal magnitud que reducir la investigación a una de ellas es algo similar a enfocar sólo un aspecto de la realidad.

Termino con una invitación a los compañeros y colegas de profesión para contrastar con su experiencia clínica en esta dirección.

Bibliografía

Bateson, Gregory "Pasos hacia una Ecología de la mente" Planeta. Carlos Lohle. Buenos Aires 1991

Bustos, Dalmiro "Terapia Psicodramática"

Frankl, Víctor E. "El hombre en busca de sentido" Ed. Herder. 1979

Herranz Castillo, Teodoro "Psicoterapia Psicodramática Individual. Desclé de Brouwer. Bilbao 1999

MacWhiter, John. "Remodelar la PNL, planificar". www.sensorysystem.com

Maturana, H. y Varela F. "El árbol del conocimiento" Ed. Debate

Moreno, J.L. "Psicoterapia de Grupo y Psicodrama". Fondo de Cultura Económica 1987

Moreno, J. L. "Las bases de la Psicoterapia" Hormé.

Moreno, J. L. "Psicodrama". Ed. Horme Buenos Aires 1993

Moreno J.L. "El Psicodrama" Terapia de Acción y principios de su práctica.

Moreno J.L. "Sociometría".

Ramírez José Agustín "Teoría y Práctica del Psicodrama". Desclé de Brouwer. Serendipity.

Schützenberger A.A. "Introducción al Psicodrama en sus aspectos Técnicos" Aguilar. Madrid 1970.

Schützenberger A.A "Role Playing Pedagógico"

Jauregui "Cerebro y emociones. Maeva. 1990

Sacks O. "El hombre que confundió a su mujer con un sombrero"

Vallejo Ruiloba, J. "Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría" Masson. Barcelona 1998

Watzlawick Paul, Weadkland Hohn H. Weakland y Fisch Richard "Cambio" Formación y solución de los problemas humanos,

4.6. Intervención Psicodramática con niños y adolescentes

Moderadora: Natacha Navarro Roldán

4.6.1. Psicodrama con niños en situación de riesgo social

Ayuso Escuer, Luis Miguel; Parra González, Marta; Sobrino Martínez, M^a Carmen.

Ubicación de la actividad

Nuestra actuación se llevó a cabo en el Centro de Servicios Sociales Fuentidueña en Vallecas (Madrid), durante el curso escolar 2002/2003. El centro ofrece distintos tipos de programas dirigidos a niños, jóvenes y adultos, que pertenecen a una población de riesgo social (alto número de inmigrantes, población de etnia gitana, bajo nivel económico y cultural...). Dentro de estos programas se incluía el nuestro, dirigido a niños de 7 a 12 años seleccionados por la educadora del Centro.

Características del grupo de niños

El grupo comenzó con 12 niños, aunque el número variaba en cada sesión debido a diferentes causas relacionadas con la propia problemática de los niños (problemas escolares, desubicación temporal de los padres, problemas familiares, desmotivación...). Dentro del grupo había más niños que niñas, algunos eran miembros de la misma familia, muchos iban al mismo colegio y se relacionaban dentro y fuera del ámbito escolar. Nos encontramos con diversas situaciones familiares que afectaban psicológicamente a los niños, destacamos así: padre en la cárcel y madre a cargo de 6 hijos; madre esquizofrénica, junto a padre agresivo; padres en un proceso de separación muy conflictivo; madre, viuda, gitana de bajo nivel cultural y muy sobreprotectora. Todo esto en un contexto social en el que es habitual, la droga, el robo, la violencia, la promiscuidad sexual, la xenofobia... Todo esto que en otros ambientes se considera como un contravalor, aquí se vive

como una situación a la que los niños se tienen que adaptar, y para sobrevivir tienen que aprender a manejarse en ella, asumiéndola como valores del grupo. Además la educación que reciben desde sus familias pasa de la sobreprotección al autoritarismo, desde la carencia de límites a los castigos físicos que dependen del estado de ánimo del adulto en ese momento concreto. Por lo tanto, a los niños les costaba aceptar las normas, y provocaban y buscaban la agresividad y el castigo físico del adulto para obedecer.

Descripción de la unidad funcional

Decidimos constituir una unidad funcional, para poder trabajar desde un punto de vista psicodramático. Así, uno de nosotros trabajaba desde el rol de director y ante el grupo de niños dirigía la sesión y proponía las actividades que se consensuaban entre la unidad funcional. Los otros dos miembros del grupo trabajaban como yo auxiliares, aunque a veces el director trabajaba como yo auxiliar porque se necesitaba en las dramatizaciones.

Objetivos de la actividad

Al plantearnos nuestro trabajo con este grupo de niños nos marcamos los siguientes objetivos:

- Poner en práctica las distintas técnicas psicodramáticas en el trabajo con niños de estas características.
- Conseguir una mayor tolerancia a la aceptación y respeto de las normas del grupo.
- Mejorar la pertenencia y cohesión del grupo.
- Reducir las conductas agresivas y aumentar las asertivas.
- Crear momentos de relación afectiva entre los miembros del grupo.
- Favorecer el desarrollo de nuevos roles alternativos a los ya adquiridos en su contexto social marginal.
- Compartir sus vivencias personales con el grupo y trabajarlas en el espacio psicodramático.

Estructura de las sesiones

Nos planteamos estructurar las sesiones en los siguientes momentos:

1º-Asamblea (Caldeamiento inespecífico): sentarse en círculo y compartir las vivencias personales con el grupo (lo que les ha pasado a lo largo de la semana, algún problema que hayan tenido, algo que les ha ocurrido a otras personas...).

2º-Juegos/ dramatizaciones (caldeamiento específico/ inespecífico/ dramatización): Dependiendo de la sesión se trabajaban juegos con un objetivo más concreto o simplemente de carácter lúdico, y dramatizaciones de alguna de las vivencias planteadas en la asamblea.

3º-Relajación y despedida: actividades que ayuden a cerrar la sesión y volver a la calma tras el estado de excitación que les suponían todas las actividades.

Al principio el mayor problema fue conseguir que se sentaran y pudieran hablar y escuchar a los compañeros. La constancia, el mantener la norma, los límites a sus conductas disruptivas, hicieron que progresivamente aceptaran esta actividad. También fueron progresando en los contenidos que compartían con el grupo, pasando de las provocaciones, insultos, y llamadas de atención, a vivencias cada vez más personales y reales.

En los primeros meses, los niños sólo querían juegos competitivos y de los que ellos solían jugar habitualmente (perseguirse, juegos de pelota...). Nosotros les proponíamos juegos más cooperativos, utilizando la imaginación, la expresión corporal y que sirvieran de entrenamiento para poder trabajar con técnicas dramáticas. Había que tener mucho cuidado porque ante la mínima posibilidad de descontrol la aprovechaban para boicotear la actividad. A veces, se les permitía proponer algún juego para que aceptaran los que ofrecíamos nosotros.

Acabábamos las sesiones con una actividad que implicara contacto físico afectivo, en contraposición al que mantenían habitualmente, así les poníamos música de relajación, con la luz en penumbra y por parejas se daban masajes mutuamente.

Metodología de trabajo

Desde nuestro planteamiento teórico, nos encontramos con niños con porosidades en los roles de ingeridor y defecador principalmente. Así, seleccionamos técnicas y actividades que pudieran ayudarles a rematizar esos roles. Debido a que eran niños con tendencia a la agresividad, utilizamos objetos intermediarios como telas, cojines, títeres, plastilina, lanas,...

A través de los títeres se les pedía que dramatizaran escenas que habían surgido como emergentes en la asamblea o que se pudieran inventar. Unos dramatizaban en el escenario con la marionetas y otros eran el público. Con esta actividad conseguían estar más atentos a las actuaciones del grupo. Los contenidos que se movilizaban eran principalmente agresivos y sexuales. Al inicio utilizaron marionetas que ya estaban hechas y las rompieron; después hicieron sus propias marionetas tanto con calcetines y telas como con plastilina. Había niños que se sentían incapaces de hacer las marionetas, con la ayuda del adulto la terminaban, pero finalmente llegaban a destrozarse sus propias producciones.

Los cojines eran utilizados por los niños como armas para agredirse unos a otros, nuestro trabajo consistió en emplearlos como objetos intermediarios, para canalizar tanto la agresividad como la afectividad.

Hubo una evolución en las dramatizaciones a lo largo del curso. Primero uno de los niños era el protagonista, resultado de un emergente grupal que surgía en la asamblea, y los yo-auxiliares complementaban los roles de la escena, ya que al principio, el resto de los niños tenía dificultad para hacerlo. Otras veces, se ofrecían roles que la escena pedía y el protagonista no aportaba. Así los yo auxiliares servían de modelo a los otros niños, pasando posteriormente a animarles a jugar los roles, y entonces los yo-auxiliares utilizaban más la técnica del doble para dinamizar la dramatización y aportar los contenidos faltantes. Si las dramatizaciones se tenían que hacer con un número pequeño de niños, uno de los yo-auxiliares se encargaba de controlar al resto, para que no interrumpieran el desarrollo de la actividad. Una misma escena se trabajaba varias veces, haciendo que los niños pasaran por los distintos roles. También se consiguió al final que fueran capaces de dar distintas soluciones a la escena que se trabajaba.

Desarrollo de una sesión tipo

Como ejemplo de este trabajo pasamos a detallar el desarrollo de una de las sesiones.

En la asamblea, uno de los niños comentó que su hermana no había venido al grupo ese día, porque estaba castigada por robar dinero a su madre para comprar una revista. Así, se decidió que se dramatizara ese hecho. Los personajes de la escena eran la niña, la madre y un hermano. Cada uno de los miembros del grupo pasaron por todos estos personajes, así vivían el rol de ladrón y luego el de madre que ha sido robada. Así, comprendían y vivían la situación desde el punto de vista de la niña y de la madre. Al final, ofrecieron alternativas al robo, y el grupo dramatizó una escena en la que la madre le daba más dinero para comprar la revista, a condición de que las próximas semanas ya no tuviera asignación semanal.

En la sesión siguiente, la niña espontáneamente comentó que le habían castigado. Se le expuso que en la sesión anterior, en el grupo se había trabajado esa escena, pero desde el punto de vista de que ella había robado dinero a su madre. La niña negaba que hubiese sido ella, así que se dramatizó lo que se hizo en la sesión anterior. Luego ella fue tomando los diferentes papeles, de madre y el de ella misma. Se decidió incluir un nuevo personaje, el hombre del kiosco, que vendía el último número de la revista que ella quería. Esto movilizó a la niña para que robara el dinero y comprara la revista. Se volvió a hacer la escena pero esta vez haciendo la protagonista de madre, cambiando durante la sesión rápidamente de roles así se alternaba las posturas de la madre y la hija. Una yo-auxiliar hizo de madre, verbalizando los problemas económicos de la familia y los sentimientos hacia la hija y los hermanos; utilizando la técnica del doble cuando los niños, actuando como yo-auxiliares, no aportaban todos estos elementos. La niña confesó a su madre que había robado, y le contó su deseo de comprar la revista. Así, uno de los niños yo-auxiliares como madre, decidió comprarle la revista por haberle contado lo que realmente pasaba, final que fue aplaudido por todos los miembros del grupo.

4.6.2. Una experiencia de psicodrama con niño/as en periodo de latencia

Idoia Agirre y Jone Usabiaga
Psicoterapeutas infantojuveniles.

Conclusión

Como conclusión, podemos decir que la evolución de estos niños ha sido muy positiva. Se han conseguido los objetivos propuestos a un nivel básico y consideramos que para poder desarrollar una labor más terapéutica sería necesario un trabajo más continuo, con un grupo de niños cuya asistencia sea fija o más continuada y un trabajo complementario con las familias. Destacamos, que en el trabajo psicodramático con estas edades, consideramos muy difícil incluir una etapa de comentarios después de las dramatizaciones, ya que, su desarrollo cognitivo no les permite hacer razonamientos a ese nivel. Sería conveniente, distribuir a los niños en grupos homogéneos, en cuanto a sus posibilidades terapéuticas. En nuestro trabajo hemos visto que el psicodrama es un modelo teórico y técnico muy útil para el trabajo con niños que presentan problemas de conducta con problemáticas familiares y en situación de riesgo social.

Bibliografía

- Rojas-Bermúdez, J. (1997): *Teoría y técnicas psicodramáticas*, Barcelona, Paidós
- Motos, T. y Tejedo F. (1999): *Prácticas de dramatización*, Madrid, La Avispa
- Ramírez, J. A. (1997): *Psicodrama . Teoría y práctica*, Bilbao, Desclee de Brouwer.

Os vamos a contar nuestra experiencia con un grupo de niño-as en edad de latencia, que hemos iniciado en Enero del año 2003.

Somos dos psicoterapeutas infanto-juveniles siendo el marco de referencia teórico -técnico el abordaje psicodinámico basado principalmente en los trabajos de Freud y de Winnicott.

Una de nosotras trabaja como psicóloga escolar con niño-as que presentan dificultades tanto en el ámbito del aprendizaje escolar como en el ámbito relacional. La segunda es psiquiatra-psicoterapeuta infanto-juvenil atendiendo en su gabinete niño-as con trastornos afectivos y/o de comportamiento por medio de la psicoterapia individual.

1.- Como se crea el proyecto de hacer un grupo de técnicas activas con niño-as.

El punto de partida es la confluencia en nuestra trayectoria a partir de:

- un cuestionamiento personal en torno a lo grupal
- el interés suscitado por una formación compartida en técnicas activas
- y el objetivo por ofertar un tratamiento grupal en el marco de la prevención y tratamiento dirigido a la población infantil y adolescente.

2.- En qué niño-as hemos pensado al iniciar este proyecto.

Por una parte en esos niño-as que presentan dificultades tanto en el ámbito del aprendizaje escolar como en el ámbito relacional, y que en

la escuela o en el grupo social o familiar se les ve perdidos, sin poder desarrollar recursos más adecuados. En niño-as con comportamientos conflictivos que les llevan a producir y quedarse atrapados en escenarios relacionales repetitivos sin tener acceso a una comprensión del sentido de tal comportamiento.

A partir de nuestra actividad como psicoterapeutas hemos pensado en esos niño-as que parecen, o por su nivel de inhibición o por exceso de excitación, buscar un marco más contenedor, más circular, es decir que les ofrezca una mayor posibilidad de proyección y de identificación.

También hemos pensado en los padres y madres que encontramos en nuestro trabajo. Nos hemos preguntado si en vez de recibir más información sobre psicología evolutiva, una ayuda más vivencial no les sería más útil para desbloquear y desarrollar sus competencias humanas como padres y madres.

3.- ¿Qué nos aporta de nuevo el encuadre grupal?

Para nosotras ha supuesto el descubrimiento de la posibilidad de entrar en juego con una multiplicidad de roles y compartir esta experiencia con el grupo. O sea que el grupo puede ser una experiencia de compartir a partir de una vivencia individual.

Nos ha supuesto también el encuentro con el cuerpo que expresa o ayuda a comunicar aquello que acompaña a lo verbal. Para ello hemos puesto a disposición de nuestro trabajo con los niño-as nuestra capacidad de receptividad y expresión corporal.

¿Y para los niños-as?

Sabemos que el niño-a latente busca a los pares constantemente, los busca para poder jugar, para poder dar forma a aquello que vehicula su deseo, para crear un lugar en donde poder ser y existir, dar un nombre a lo que es importante para él y probablemente para más cosas.

De esta manera pensamos que el espacio grupal es algo natural para el niño-a. En el grupo, la particularidad de la presencia de los adultos les pone ante la tesitura de actuar sus emociones de rivalidad con los demás, así como las emociones de apego. Y la articulación

entre los movimientos de hostilidad y de amistad serán el soporte del trabajo psicoterapéutico.

A través de la puesta en escena de sus fantasías tanto hostiles como simbióticas, tanto depresivas como maníacas, el niño-a puede reconocerlas y darles una forma de pensamiento, e integrarlas por medio de la ambivalencia emocional.

En tanto que adultos que proponen este espacio nos vemos con la responsabilidad de cuidar la salud del grupo, esencialmente el respeto de los unos por los otros y el reconocimiento de la diferencia.

4.- El trabajo con los padres.

Este ha sido un aspecto que hemos abordado durante este primer año trabajando con los padres y madres de manera individual. Sin embargo, hemos intuído que se creaba entre los adultos una dinámica espontánea de grupo, que podríamos llamar como "grupo de madres-padres que esperan sentados en las escaleras". Nos interesa actualmente la posibilidad de realizar un trabajo con el grupo de padres y madres aprovechando las interacciones pre-establecidas entre ellos.

5.- Relato de la experiencia con el grupo.

En enero del año 2003 iniciamos el taller de técnicas activas con niños-as. Es nuestra primera experiencia juntas, y la aventura es así doble: la de conocernos y la de iniciar nuestra andadura en psicoterapia grupal.

El grupo estará constituido por 4 niño-as. Tres de ellos son orientados tras una observación individual realizada en nuestras respectivas actividades de psicoterapeutas en privado. Ulteriormente, otra niña nos será orientada por una colega psicomotricista.

Vamos a describir brevemente la problemática de estos niños-as en el momento de la demanda realizada por los padres.

Naróa es una niña de 7 años. Presenta en el ámbito escolar una inhibición hacia el trabajo y dificultades de relación con los otros niños, relacionándose de una manera infantil y pasiva. N. es la única hija de sus padres; de un matri-

monio anterior, su madre tiene dos hijos adolescentes. Al nacer presenta un hipotiroidismo congénito que necesitará un tratamiento hormonal crónico. Su crecimiento biológico y psico-afectivo ha preocupado mucho a sus padres. Estos tienen una visión diferente de las necesidades de la niña: la madre tiende a ser más severa mientras que el padre opta por compensar lo que el cree insuficiencia de su hija por una actitud compensatoria, accediendo fácilmente a sus deseos regresivos.

Gustavo es un niño de 7 años. Desde pequeño muy movido, será diagnosticado a los 6 años de niño hiperactivo y desde ese momento está tomando medicación (rubián). En la escuela presenta dificultades de relación con los demás, y tiende a retraerse. G. es el mayor de dos hermanos, nacido justo un año más tarde. Los dos padres parecen desorientados y desbordados, frente a este torbellino de hijo que no para ni un segundo.

Aitor es un niño de 8 años. Ha tenido apoyo desde el inicio de la escolaridad. Los rasgos de su crecimiento son una gran dependencia y una precaria capacidad de auto-organización, rasgos que han hecho que se haya sospechado de un trastorno autista. A. es el único hijo de sus padres, con una madre muy angustiada por los trastornos del crecimiento de su hijo y un padre que parece poco presente.

Y por último Ane es la jovencita del grupo, con 7 años. Previamente ha participado en un taller de psicomotricidad debido a las dificultades de relación con sus pares, adoptando actitudes autoritarias, rigidamente controladoras. Había también una queja por parte de la madre con respecto al tipo de apego de su hija, de tipo exclusivo y una difícil instauración de la relación con el padre. A. es la joven de la casa. Sus padres vivieron la pérdida de un hijo en un accidente de coche cuando todavía ella no había nacido.

Como os hemos dicho anteriormente, a partir de enero del 2003 nos reunimos cada jueves de las 17/30h. a las 19 h. en el despacho de Jone. Se trata de un espacio diáfano de 30 m², preparado para la sesión grupal: 6 cojines, unas sillas plegables, una mesa apoyada a la pared, unas estanterías que contienen juegos de sociedad y de construcción; también hay una cesta con telas y marionetas y un cajón con papeles y lápices. En la sala hay una pared enteramente recubierta con un espejo.

Proponemos a los niño-as que se descalcen pero no les permitimos que se quiten la ropa. Les decimos que nos vamos a reunir cada semana para hablar de lo que quieran, contar la historia que quieran con la ayuda de todo el grupo. También les decimos que tenemos que respetarnos, no agredirnos, así como cuidar las cosas del despacho.

A partir de este encuadre los niño-as empiezan a contar historias que a veces el grupo acepta o rechaza. Lo que es una constante es la capacidad, entusiasmo y creatividad de los niño-as para estar activamente en la creación de la escena dramática y la fluidez en el cambio de roles.

A medida que transcurren las sesiones observamos como cada niño-a trae su fantasía más querida y a partir de ahí contribuye a la escena grupal. Nos parece que sobre esta pantalla grupal vemos aparecer varios temas referentes a sus propias fantasías. Estas fantasías y angustias son las que por su intensidad están dificultando la entrada en la latencia, etapa supuesta como más tranquila.

Volvamos a la observación de los niño-as :

- Aitor establece la relación con los demás a partir de la fantasía omnipotente, maníaca. El grupo le responde por la frustración y le lleva a una vivencia de agresividad. Poco a poco él puede metabolizar esta agresividad ayudado por la contención que le da el propio grupo, a veces sobrecogido por la intensidad emocional. A través de las sesiones, este jovencito pasa de una fantasía de amenaza de destrucción interna a la percepción de él mismo como alguien que puede protegerse del miedo, p.ej. cerrando los ojos o los oídos. Pasará así del temor a una desorganización psicótica a la capacidad de auto-organizarse frente a un estímulo interno desagradable.

- Otro temor infantil viene dado por la evolución de Gustavo. La relación de este con el grupo la describiríamos como "eléctrica": o se conecta enganchando a fantasías de control omnipotente o se auto-excluye deinteresándose del grupo y auto-calmándose en una actividad que absorbe toda su atención y su sensorialidad. Progresivamente llegará a poder ocupar un lugar en el grupo haciéndonos sentir que puede tolerar por momentos el ser él mismo en el grupo.

- Naroa nos trae la fantasía del abandono, de la exclusión, con todo un fondo depresivo intolerable. A través de la búsqueda del grupo para contener una excitación que la desborda, puede tolerar mejor la rivalidad y aceptar sus propios límites.
- Ane, la jovencita del grupo, es al mismo tiempo la que mejor puede verbalizar sus afectos y ayudar a expresarlos a los demás. A través de la vivencia del juego de roles, nos parece que llega a una mejor clarificación de su identidad sexual.

Como os decíamos, nos ha impresionado la dinámica grupal que los propios niño-as han sido capaces de crear. Nos referimos en particular a la invención de los rituales de inicio y de final creados por ellos mismos. A la llegada todos los niño-as juegan a esconderse, debajo de la mesa; parece así recrean el escenario en torno a la fantasía de la separación y el de re-encuentro. Y al terminar el ritual del final que se constituyó en torno a un celo que los niño-as quisieron ponerse en la boca justo antes de dejar el espacio grupal y de re-encontrarse con sus padres. Lo entendimos como un acto que cerraba la actividad grupal y que significaba un compromiso de silencio y de secreto dándoles un sentimiento de autonomía como grupo.

Os vamos a describir una escena grupal, un intento de dramatización en la que participamos todos y que queda en nuestro recuerdo como una de las fotografías más ilustrativas del album de viaje del grupo.

Aitor obsesionado por transformarse en sus héroes imaginarios, pasará de ser Mortadelo a ser la tabla de surf sobre la que se apoya su amigo, en ocasiones Filemón. Este, a su vez preocupado por ser constantemente valorizado por las chicas, surfea delante de ellas. Naroa, seducida por ser el centro de todas las miradas, se pasea por la playa con su bikini. Su acompañante, Ane, con su duda sobre si es preferible ser un chico o una chica completa y cierra la escena. No nos queda a nosotras más que susurrar las olas del mar.

Nuestro balance final es muy favorable y además nos lo hemos pasado muy bien. Los padres y madres se han mostrado muy colaboradores. Nuestro proyecto es el de proseguir este año el trabajo con el grupo y os seguiremos contando.

Bibliografía

Pavlosky E., Psicoterapia de grupo en niños y adolescentes. Ed. Fundamentos 1981

Pavlosky E., Martínez Bouquet C., Moccio F., Psicodrama psicoanalítico en grupos. Ed. Fundamentos 1979

Anzieu D., Le psychodrame analytique chez l'enfant et l'adolescent. Ed. Presses Universitaires de France, 2000, 4 edición.

Lemoine G, Lemoine P. Teoría del Psicodrama, Ed. Gedisa 1979

De Inocencio R.

4.6.3. El juego dramático y la diversidad en la escuela. Experiencias.

Eva Guillén Guillén

Área didáctica de la expresión corporal.

Facultad de Educación. Universidad de Alicante

Contaré experiencias sobre la humildad de los maestros/as sin recursos, el apoyo recibido de los padres y su buen hacer didáctico en el juego dramático ofertando certeros ambientes de aula, y tratando la diversidad cultural en las escuelas con maestría a través de la dramatización. Éste va a ser el objetivo de esta exposición.

Poseer maestría en las escuelas es algo que hay que tomarlo con ilusión y calma, comentaré la experiencia de un maestro al que pude acompañar durante 14 años, que estudió psicopedagogía en la facultad de educación y posteriormente encontró trabajo en un colegio, iniciaré relatando su aplicación pedagógica en juegos dramáticos.

Se habla de lo complicado que es respetar cuando no se comprenden las diferencias para los propios educadores cuando estos no se reciclan, comentaré como tres alumnos y compañeras en programas de juegos dramáticos cuidaron este reciclaje, además de su formación en los programas didácticos, tanto en sus portafolios que cuidaron con exquisitez, como en el tema de las diferencias, la diversidad cultural, y la actualidad de los escolares inmigrantes.

Seguimos a Cuca, una maestra, antigua alumna universitaria a su escuela en donde desarrolla la planificación en psicomotricidad y en donde rescatamos dos casos de juego dramático escolar. Este curso se planteó desde el pensamiento del profesor de ser constructivo, contando con expectativas en conseguir el respeto a la diversidad cultural, a las diferencias y que son propias en educación escolar.

Para Cuca el curriculum en el juego dramático es un continuum y en la escuela nuestro maestro lo trató en el aula con los alumnos de necesidades educativas especiales (n.e.e.)

El planteamiento para este antiguo alumno universitario es, 1º definir ¿qué es? una practica educativa que puede ser terapéutica, que se aplica mediante juegos y ejercicios que han de ver con el teatro, e intentó estructurar la personalidad de los participantes que eran escolares con problemas, trabajando los diferentes aspectos En 2º lugar planteó ¿dónde se hace el juego dramático?, esto es, en cualquier espacio, sala, gimnasio, que sea libre de mobiliario convencional, que ofrezca la posibilidad de correr libremente, jugar con cierto material didáctico, crear estructuras, situaciones fácilmente cambiables etc. Y en 3º lugar se planteó sobre el material, a ser posible módulos de "goma espuma" forradas de telas de diferentes tamaños, formas, colores etc. Telas diferentes en (color y forma), cuerdas, palos. También contempló la idea de un baúl de ropa para hacer trajes, disfraces, etc., (necesitándose en este caso, una pedagogía de la utilización del traje, pues surgen muchos conflictos a la hora de repartir estos, según Cuca).

La selección de disfraces se consideraron en la línea francesa de juego dramático que propone ciertos elementos convertibles para simular cualquier tipo de traje y vestimenta. Como 4º aspecto se planteó ¿qué se hace?, esto es, estructuración en la ritualización de entrada, permanecer y salir de la sala, es decir, hay muchas formas para entrar, ritos antes de empezar como (charlas previas, fijación de pautas, o por acuerdo, o simples normas).

Por otro lado hay que recordar las normas establecidas durante el juego, ritos de recogida de material antes de salir, el círculo de verbalización al final de la sesión y en donde cada uno narra, se queja, propone para la siguiente sesión etc. y por fin despedida con el ritual aceptado.

Respecto a la distribución de funciones, Cuca consideró que si en las sesiones hiciera falta y si los grupos fueran desestructurados en general o en algún miembro, se estructura y se deja que la actividad libre evolucione sola, de tal manera, que los bloqueos, la tensión los conflictos reprimidos se vayan resolviendo. Las normas para esta acción, tienen que ser simples y fácilmente realizables pero de irrevocable ejecución como es aplicar la consigna de no hacerse daño.

Respecto a la asignación de espacios para poder desarrollar actividades diferentes, hay que guardar respeto a la estructura de lucha si es que se debe organizar alguna, esta actividad puede durar varias sesiones, hasta que el grupo logre cierta cohesión y las normas estén internalizadas y asumidas como propias. En las sesiones se habla de los conflictos y se lleva una lógica de la acción pasada y la venidera en dinámica de grupo .

A medida que se van consiguiendo buenas dinámicas, y si hubiera sido necesario un buen funcionamiento como grupo, se pueden ir introduciendo juegos estructurados, participativos, cooperativos, del cuerpo, en grupos reducidos o de todo el grupo. Las normas así se amplían pero son igualmente aceptadas y establecidas por acuerdo mutuo y cada uno es el guardián de ellas, como así ocurre en los juegos de los indios, los cazadores que pasan por diferentes países, la lucha de bandas, la botella borracha, o el seguimiento de una narración oral hecha por el monitor en donde existe distribución de función y rol de personajes.

Igualmente el maestro planea que se hable de la acción pasada, los conflictos, la intervención de cada uno, vicios, defectos, propuestas nuevas etc. siempre en dinámica de grupo.

Se pasa por fin a la estructuración autónoma de la acción dramática y se proponen temas que podrían ser de una hora de duración. Debe ser una propuesta simple con el nombre de un tema con pocas palabras que deja margen al imaginario por ejemplo ("se ha perdido una

cosa" "se encuentra cualquiera" " hay una reunión " "tenemos que guardar cosas" "estamos enfadados por algo" "tenemos una alegría." etc) y que normalmente sirve de soporte a la caricatura de cualquier acción cotidiana, generalmente, experiencias personales, si el grupo es grande (más de 7 miembros.), así se hacen dos grupos, uno de actrices, actores, y otro de público.

Si no fuera posible, tenemos que encontrar un público invitado, siempre un grupo reducido, que asistirá a la representación informal, con el grupo de tercer ciclo de primaria.

Al grupo se le dan las siguientes consignas: 1º Tenéis el material presente, este es el espacio concreto y disponéis de 15 min. de preparación para desarrollar el tema. 2º Uno o una de vosotros tiene que decir el principio del movimiento, es decir, fuerte y claro que la representación comienza e, igualmente al final tiene que decir claro y fuerte que la representación se ha acabado. 3º Tenéis que distribuir el espacio a vuestro gusto, de una manera bien clara, saber cual es el espacio de representación y cual el de público.

Después de la representación se actúa de la siguiente manera, el grupo que ha representado, permanece en el espacio de representación y comienza rigurosamente un turno de intervención. El grupo público y el grupo actores va contestando alternativamente a las siguientes preguntas 1º al grupo público G.P ¿qué habéis visto?; explicar el tema y la narración 2º al grupo de actores G.A ¿responde lo que habéis hecho con lo que el público ha visto?, 3º con el grupo público GP ¿qué defectos habéis visto a la hora de expresar el tema?, la técnica y el recurso, en 4º lugar en grupo de actores GA centrar los defectos señalados, y preguntar si les han pasado desapercibidos, y si ¿teníais previsto lo que os ha pasado? Así cómo ¿Qué os ha fallado? En 5º lugar al grupo público G.P ¿qué soluciones habrías puesto vosotros? y ¿qué recurso y medios han utilizado? Etc.

Se pasa así a una discusión abierta alrededor del tema, se habla de los recursos, las posibilidades técnicas, y las nuevas propuestas.

En la dinámica y función del juego dramático, se trata en primer termino de aceptar a los niños/as como son, con sus conflictos no culpabilizándolos y dándoles la oportunidad de un

espacio y momento privilegiado, hay que manifestarse y resolver esos conflictos llevándoles como un juego caricaturizándolos distanciándose de ellos y seguir el hábitat del monitor y resolverlo de alguna manera, también se trata el juego dramático con niños/as sin especiales dificultades, introduciéndolos en un proceso de creación autónoma y original, conformando un texto formalmente correcto.

Es una peculiar dinámica de grupo en donde, dando la impresión de dejar hacer se va poco a poco estructurando la acción introduciendo modificaciones espaciales y de acción introduciendo normas paulatinamente.

Fundamentalmente hay que introducir la capacidad de verbalizar los conflictos y crear una "moral autónoma", es decir, la capacidad de la autocrítica y adaptación no como un peso u obligación sino como el medio de vivir, bien avanzar, poder hacer cosas y crecer.

La relajación esta implícita en todo el proceso de enseñanza aprendizaje, con la tranquilización de uno mismo, sabiendo que en el núcleo de toda emoción intensa subyace un impulso a la acción. En la tarea docente el profesor quiere hacerse entender lo mejor posible y la tarea del alumno es escuchar, comprender y aprender los conocimientos que llegaran mas adelante a emerger. Para el análisis didáctico tener bien definidos los objetivos contenidos actividades y evaluación, y guiarse por un método de acción progresivo bien seleccionado, organizado y valorado, aunque haya veces en que es difícil sobre todo en los temas de atención a las necesidades educativas especiales.

Es muy difícil educar en una sociedad competitiva, atender culturas, familias, razas diferentes etc. Aunque para ello se utilizarán las estrategias actitudinales para observar problemas y dar soluciones didácticas,

Por último recordar las intenciones educativas en el siguiente orden riguroso, identidad corporal, formas de comportamiento y patrimonio cultural para el escolar.

Cuca nuestro maestro llevó el juego dramático a la escuela, y lo aplicó a sus escolares con sesiones de trabajo que se inician habitualmente con una regla o norma, "no hacerse daño", observamos como fue la aplicación pedagógica del juego dramático con un escolar "Juan" en dos cursos académicos.

El historial más relevante en este escolar de primaria, es haber vivido dos separaciones de sus padres y la relación con el adulto era conflictiva, por lo que Juan no soportaba bien la frustración, agredía con el tenedor en el comedor y al maestro le daba puñetazos, al terapeuta le agredió con el teléfono en su despacho.

Se inicio el curso observando al escolar, su conducta en clase, las faltas en la correcta escritura, habitualmente no cumplía las normas, manteniendo una relación compulsiva con los compañeros. El maestro inicio el desarrollo del curso introduciendo en la aplicación didáctica el placer, con la ley del poco a poco. Didácticamente la comunicación es fundamental para poder seguir el tratamiento de las normas que se deben aceptar por parte del escolar Juan es un escolar con necesidades especiales en aula ordinaria. El desarrollo de las sesiones introducido se plantea con los elementos lúdicos graduados, con un fondo de placer y enlazado con los ejercicios que llevan a la dinámica lúdica del juego libre hasta evolucionar al juego de placer, así los niños pueden expresar corporalmente como si invistieran todo tipo de roles, animales, leones, payasos etc. Cuco en sus clases de juego dramático, planteaba en todos los ejercicios de imitación que se controlara el cuerpo a cuerpo.

En el juego corporal con el escolar la regla del juego libre se establece con la ley del "stop". Esta pauta la solía restablecer el maestro en función del análisis didáctico en que hubiera que romper conflictos. El caso de Juan el escolar tratado era conflictivo para la institución porque se sabía que robaba, lo que el escolar justificaba en la expresión de que sentía el impulso de una necesidad, siendo además que en ocasiones en las sesiones de juego dramático, Juan además de robar, regalaba lo robado. Esta observación por parte del maestro le llevó al indicador objetivo del problemas y al planteamiento de un resultado, producto del análisis didáctico. Éste fue la aplicación de una ley educativa no institucional, restableciendo un pacto dentro del aula, en la que se definió en la idea de que lo que allí sucediera no saliera fuera del espacio del aula.

En la evolución psicomotriz de este escolar se implementaron las sesiones de escritura y juego dramático, en esta fase de aplicación pedagógica. A través de las sesiones la letra de

Juan fue cambiando con ejercicios en los que el Maestro desarrollaba una frase y el escolar otra frase y así progresivamente tuvo que escribir textos completos, en esta integración colaboraron con el tutor.

En una tercera fase posterior a la del juego libre que evoluciona al del placer y a la actividad de escritura y juego dramático, se estableció conductismo en donde Juan debería ser capaz de estar 10 minutos en silencio, callado etc. Si el escolar iba cumpliendo las pautas se le reforzaba con premio o con una labor como por ejemplo controlar el cierre de los ordenadores, o disponer de libertad para jugar, por otro lado se fueron dando sanciones hasta que se restableció el orden del juego dramático, se aceptó la ley y se aceptó la estructura.

En el desarrollo del juego emocional Juan fue aceptando al maestro como representante de la Ley, en donde por ejemplo el conflicto personal del yo etc. se iba enlazando con la ley del maestro, leyes que le producen placer.

Al final de las sesiones se establecía el círculo y en sucesivas charlas de lo que les había pasado, se fueron aceptando la ley, se fue aceptando al maestro, se fue aceptando la reflexión y la comprensión sobre una posible emoción comentada.

Los conflictos en casa de Juan eran el trasfondo de su educación siendo en la escuela donde se le aplicaba el tratamiento didáctico de las sesiones. Para el programa de juego dramático, las sesiones se planteaban con disfraces, se elaboró una propuesta de función para representarla a final del curso, y se decidió por "el cuento de los tres cerditos", para ello Juan se integraba con los compañeros del grupo de juego dramático. Al aplicar las sesiones ésta era en función de papeles rotativos, en donde en los ensayo se podía hasta invertir los papeles como el lobo, por lo que todos querían ser el feroz lobo, para estos casos se aceptaba que todos podrían ser los lobos, pero el maestro informó que en una función de representación completa, el papel y el rol de ser si el lobo o no lobo estaba en función de la propia representación y era por tanto necesario que todos acataran la regla de aceptarla con normalidad.

Con el paso de cursos el escolar pasó de ser desestructurado a ser capaz de un orden que derivó en ser capaz de controlar y soportar una estructura normal en el escenario y convivir en el aula ordinaria, mantuvo la ayuda de los especialistas y en ello le vino muy bien el apoyo del psicólogo.

Los viernes los escolares deseaban llegar al final de la representación así como del curso, el escolar llegó a ser promocionado a otro centro con un nivel de lecto escritura aceptable. El tratamiento si es cierto que fue a través de la representación teatral, es de resaltar el papel de apoyo casi milagroso del tutor, además de la empatía fue fundamental, la comprensión, el tratamiento del deseo, de preguntarnos qué le pasa y porque, saber introducir paulatinamente la norma en un fondo de empatía y placer, por último fue importante la utilización del cuerpo como recurso pedagógico aplicando el cuerpo en libertad en ocasiones y en otras, de forma estructurada como así ocurrió en la puesta en escena de los tres cerditos.

Recordando el historial de Cuca la maestra, fue una alumna ocupada en los temas de diversidad, activa en los programas lúdicos y de juego dramático de Educación Física., en donde voy a ilustrar algunas claves de los programas para estos alumnos/as que suelen recibirlos con grandes expectativas en primer curso universitario, planteándose muchos interrogantes y comentarios que recojo habitualmente de todas sus sugerencias en el aula así como en la atención al alumno.

Como experta en didáctica de expresión corporal para universitarios, voy a cuidar algunas ideas que tocan de lleno la difícil tarea de respetar y como se posicionan los alumnos cuando se relacionan entre ellos en ambientes de aula de juego dramático.

Es sabido que el lenguaje lúdico desarrolla actitudes de confianza entre los alumnos sobre todo cuando son comentadas entre ellos aunque en ocasiones cuando las diferencias son muy marcadas se tarda años en respetar la riqueza de la diversidad cultural.

Para introducir historia de esta alumna y la relación con otras dos alumnas aventajadas tomaremos como punto de partida algunos interrogantes que suelo transmitir a mis alumnos ¿importa el fin o los medios en cómo se consigue la relación con los compañeros

diferentes a uno mismo? y a nivel escolar ¿un inmigrante maltratado suele ser más adelante un inmigrante maltratador? Los alumnos a los que haré referencia estuvieron varios años conmigo en actividades diversas de juego dramático y me llamaron la atención porque solían tener largas conversaciones que plasmaban en sus diarios de campo, en las tutorías por red, y en reuniones presenciales, mas adelante la relación como compañeros de trabajo.

La curiosidad por el tema de las diferencias era un problema para uno de mis alumnos, Cuca, la maestra comentada, que me permitió reflexionar sobre la importancia del tema de escolares diferentes en la actual perspectiva europea y sobre el cómo se puede tratar la cuestión del respeto en las inclusiones de inmigrantes en las aulas, tema de reflexión actual en las escuelas.

La alumna llamada Cuca se matriculó en la facultad de educación e inició sus estudios para ser maestro. Desde el principio me llamó la atención por su presencia destacada en las sesiones de didáctica de la expresión corporal en donde yo era la profesora, era una alumna de estructura poderosa.

Al poco tiempo de iniciarse el curso se distinguió por lo que podríamos llamar facilidad de movimiento, en el juego dramático el movimiento se entiende como el conjunto de acciones que son iniciadas con la finalidad de llegar a su fin, Cuca sabía moverse, muy perceptiva recogiendo la información y superaba con sumo cuidado los exámenes.

Una alumna abierta que se prestaba a conversar con sus compañeras en presencia de la profesora, por lo que aprovechamos para recoger su historial, y tratarlo a fondo en las sesiones, como la relación derivada de las sesiones de Expresión Corporal, eran alumnas muy diferentes.

Cuca era una muchacha singular al igual que las demás, estábamos en primer curso que suelen ser muy competitivos y en la búsqueda de notas brillantes, en las sesiones por alguna razón que no entendíamos al principio ella comentaba que no sentía el apoyo de las demás (nos pareció que se quejaba mucho, por los pasillos frente a las puertas de las aulas didácticas y el respeto lo entendía como defensa porque debatía mucho)

Un grupo de estudiantes que debate es algo normal en las salas de expresión, Cuca nos comentaba se veía siempre a la contra, capaz de soportar y apoyar a todos los compañeros que iban apareciendo en su vida de estudiante, pero al mismo tiempo era crítica porque según decía aguantaba demasiado.

Empezó a tener fama entre su clase de muchacha independiente, segura y muy capacitada y de fuerte personalidad, y así sin darse cuenta apenas asumió el rol de dar apoyo, aconsejar y definir posturas, pasar apuntes por módicos precios y ser la voz de la razón y de lo justo, animando a su grupo de amigos a ejercer la fuerza de voluntad en el estudio, para superar las debilidades y las angustias de sus compañeros y que le llegó a pesar tanto que paso de preocuparse a ocuparse de salir a flote por ella misma, estaba interesada por el juego dramático al igual que sus dos amigos.

Su historia familiar había sido como todas, difícil, su padre un empresario muy competitivo y agresivo que solía estar poco tiempo con ella, en casa la diversidad cultural estaba servida, cuatro generaciones bien diferentes, la generación de la guerra, la postguerra, del renacer de la buena vida, y la última la de los vividores.

Tenia un hermano conflictivo, a su madre la sentía hogareña y disponible. Su hermano y compañero de juegos era un muchacho conflictivo, perturbado por sus emociones, las bebidas nada controladas y las juergas nocturnas.

A Cuca le pesaban las diferencias tan marcadas en su familia, no entendía porque su padre era el que mandaba cuando era su madre la que sentía el peso de la casa y ponía orden con cariño en las normas familiares.

No entendía porque su hermano no sentía la vergüenza de llegar borracho y colocado a la casa y ella por el contrario decía, que sentía vergüenza de llamar la atención ante cualquier situación nueva, tampoco entendía porque en su círculo familiar decían que habían de ser considerados con el hermano porque estaba delicado ¿de qué estaría delicado? Se preguntaba a menudo

Tampoco entendía las diferencias en el trato, ¿porque tenía que soportar la confusión de los demás como propia?, vivía en un medio difícil que le confundía.

Solía decirle a sus amigas en el aula que era como si se hubiera olvidado que tuviera que cuidarse, siempre pedía cuidados pero su ocupación estaba en los demás, disfrutaba de las sesiones dramáticas y las conversaciones con sus amigas,

Cuando hubo trabajado a fondo la expresión corporal fue a hablar con el padre pidiendo igual trato que su hermano obteniendo por contestación que su hermano no era malo pero tenía problemas y ella tenía que apoyarlo, su hermano era chico por lo que ella no entendía, pero que ella tenía que dar imagen femenina y hogareña.

Cuca cuando cumplió 18 años, se marchó de su casa y del pueblo para estudiar fuera la carrera, y en el grupo con el que se relacionaba las emociones estaban a flor de piel. A Cuca le gustaba hablar con su amiga María, le solía contar como sus compañeros los chicos le hacían vacío aunque paradójicamente no dejaban de mirarla insistentemente porque en las pruebas físicas del juego dramático, y en acondicionamiento físico de los mismos solía ganar ella.

Se disgustaba cuando algún chico decía que el ejercicio no era cosa de chicas sino que era cosa de hombres, y por desgracia para ella según nos contó, cada vez veía más esta postura entre sus compañeros, nos preguntaba si es que se estaba obsesionando con la competición pero sus colegas eran poco habilidosos y hacían mucho ruido cuestión que en aquella época le irritaban.

Defendía a ultranza que el acondicionamiento físico era de chicas tanto como el juego dramáticos de chicos, en cuanto a sus compañeros y amigos estableció especial confianza y amistad con dos chicas, una de ellas era una compañera mayor, madre de un niño pequeño y aunque ambas tenían características personales bien definidas, ideas y posturas claras, diferentes, se entendían, las dos eran ordenadas y se permitían abordar el ser unas vividoras. En síntesis Cuca y María eran muy diferentes, al principio de conocerse se pelearon porque María dijo que Cuca no sabía respetar, le cogía el maquillaje de las obras sin pedir, Cuca quiso demostrar su inocencia porque no las utilizaba solo las cogía, mantuvieron la amistad entre debate y debate.

A partir de ese día ambas se reían mucho y para Cuca se inició una aventura, era como sostener dos lenguajes, el suyo y el de su corazón en su amiga, se podía sentir el respeto cuando se juntaban, la resultante fue que Cuca empezó a comprender las diferencias entre ellas.

Cuca tuvo una segunda amiga y era bien diferente, era una muchacha de su edad y cuando se conocieron Pepa que así la llamaremos confesó a Cuca, que le parecía inteligentísima, por su parte Cuca aceptó el cumplido, así que quedaban para intercambiar apuntes y comentarios, con el tiempo Cuca hablaba más, decía, comentaba, informaba, enseñaba, guiaba, en fin aportaba todos sus conocimientos en la relación, pero Pepa las recogía, le daba la razón por lo lista que era e incluso la seguía, pero luego hacía lo que le daba la gana, es decir, que iba por libre, como maquillarse como le daba la gana después de largas explicaciones técnicas. Cuca se irritó en una sesión y le comentó que para que perdía el tiempo, explicando a su amiga, para que luego marchaba por otros caminos, Su amiga le volvió a dar la razón y Cuca penso que su amiga no entendía por alguna razón, así que los años siguientes se sucedieron en esta dinámica, hasta que un día Pepa mientras sostenía una conversación sobre la independencia con la familia, le dijo a Cuca que ésta nunca le había respetado, que era muy insistente, agresiva, le presionaba, y se mostraba violenta.

Cuca se enfadó mucho porque no era consciente de haberle faltado al respeto durante tantos años, así que le pidió a Pepa que cada vez que le faltara al respeto le avisara para que no lo volviera a hacer e incluso se atrevió a comentarle que le avisara cuando viera la intención de agresión verbal, Pepa le dio la razón pero al año justo en medio de otra conversación muy viva le volvió a repetir que no la había respetado durante aquel año.

Cuca sintió rabia, desespero, y rechazo por las diferencias con Pepa, pero es que le parecía absurdo, así que empezó a sentir poco aprecio por su amiga, pero quería entender estas diferencias, se armó de valor y le pidió que hablaran más que contestara en su momento, y que como se atrevía a hablarle con tanta metáfora después de tantos años, así como si nada y de nada concreto.

En aquella ocasión Cuca se despachó a gusto después de tantos años y le llamó ignorante, luego más pausada le dijo que ignoraba quien era su amiga, pero sabía que era amiga.

Durante las sesiones de aquel año la relación fue especialmente intensa y difícil, Cuca ya no se emocionaba tanto con su amiga y cuando lo hacía se concentraba en la relajación. Con Pepa tenía los nervios rotos.

Ahora nuestra alumna estaba interesada en superar su desorden, y deseaba controlar la confianza con su amiga. Cuca llegó a derivar que quizás habrían muchas personas que hablaran a sus espaldas y seguro que su amiga era una de ellas porque decía que le faltaba al respeto y sabía porqué, pero nadie a excepción de María le hablaba con claridad.

La resultante fue que un buen día Cuca se tomó en serio la relajación y además dijo que comprendía que se había socializado, que se sentía en paz con ella y con su amiga Pepa, aunque para ello, tuviera que seguir su camino sola. En presencia de su amiga, se veía relajada y con mucho cuidado y así se alejó de las confusiones de no entender, ella hablaba con claridad e intentaba ser más intuitiva y siempre se posicionaba como si siempre hubiera estado protegida y sola. Cuando se veían se decía que estaban socializándose, que quería a su amiga y que por primera vez no le inquietaba que su amiga estuviera lejos de ella, pero aun le encantaba, porque había sido ella quien había decidido verla con frecuencia cómoda pero sin conflicto para la relación.

Tenía claro que las emociones le atrapaban y secuestraban como a todos y quizá esto le pasaba a su amiga aunque ahora ya no era problema suyo. Quizás tenían muchos problemas emocionales para solucionar y ahora estaba ocupada en aprender a dramatizar con ella y los demás.

En conclusión las sesiones de juego dramático y de teatro fueron importantes para sus historias personales, mantuvieron una amistad civilizada, y dieron buena cuenta de las consecuencias de sus aprendizajes, hablar claro, saber decir no, y mantener la regla de respetarse y respetar a los demás.

Los juegos dramáticos permiten que el alumno invista el papel deseado.

Por ello Cuca había aprendido que cualquier rol puede ser investido solo es cuestión de creérselo.

La relajación fue el fundamento para todo tipo de aprendizaje en Cuca, y esta se mantuvo como lección de aprendizaje a través del tiempo.

Bibliografía recomendada

Antonio Blay.: *Relajación y energía*. Indigo. Barcelona. 1988

Ramiro A. Calle.: *Aprender a relajarse en casa*. Martínez Roca. Barcelona. 1999.

4.6.4. Psicodrama en la escuela. a la búsqueda del "dream team"

Montserrat Lacima Riba
*Psicoterapeuta y Psicodramatista. Escuela de
Psicodrama de Barcelona.*

Este trabajo es el resultado de aunar mi labor profesional en el campo de la enseñanza secundaria, desde hace ya dos decenios y de mi formación en psicodrama y psicoanálisis.

Mi objetivo hace dos años ahora, cuando empecé, ocasionalmente, a aplicar el psicodrama en primero de ESO (Enseñanza Secundaria Obligatoria) que debía tuturar durante dos años con alumnos de edad comprendida entre 12 a 14 años, era fomar un grupo eficaz.

En una ocasión, se le preguntó a Freud en qué creía él que consistía la salud mental y respondió :” Ser capaz de amar y trabajar”. Mi propósito, era lograr que mis alumnos tuvieran un marco referencial al que vincularse en la escuela, no tanto como un "continuum" del familiar, sino como soporte psicológico, al empezar una nueva etapa, que necesariamente, coincidiría con la pre-adolescencia; que les permitiera ser capaces de querer y trabajar y a la vez de disfrutar, tolerar y empatizar con su pequeño grupo y en última instancia, con el resto de sus compañeros, siguiendo la premisa de que el grupo añade o resta poder, ánimo y eficacia a cada persona.

El papel que debe ocupar la escuela como transmisora no solamente de conocimientos académicos, sino también de valores, es un debate de gran actualidad en un sociedad postmoderna que ha perdido el norte en las relaciones humanas y que estará irremediablemente dirigida por una tecnología archisofisticada. Una sociedad donde el saber tiene, además, una importancia fundamental en lo económico y en lo social.

El filósofo y docente José Antonio Marina, propugna "la sociedad del aprendizaje" como condición indispensable para nuestra autonomía personal, si no queremos ser pensados por la "red", en vez de pensarla nosotros. Este autor postula que " los sentimientos pueden ser educados" y Gracián, escribió: "de nada vale que el entendimiento se adelante, si el corazón se queda". A la luz de todo esto, nos preguntamos acerca del papel que el psicodrama puede jugar en la escuela..

La experiencia que relato a continuación, pretende abrir un interrogante, una nueva vía, que sabemos todavía no explorada en el área de la enseñanza pública que pueda servir en la doble acepción que la palabra servir tiene de: aprovechar, valer, ser de utilidad y/o estar al servicio de otro, sujeto a él.

En la primera sesión tutorial de IB del curso 2001-2003, comenté a los alumnos que mi principal objetivo como Tutora, era lograr que formáramos un equipo al que llamé "dream team" (término con que se denominó en Catalunya a la mejor época futbolística del Barça).

Mi objetivo era, en aquel espacio de una hora semanal, constituir un grupo cuyos miembros tuvieran un interés común suficientemente importante para que cada uno de ellos interiorizara ese interés. Para Blanchet y Trognon es entonces cuando el interés en común deviene interés común. Según estos autores, el grupo, en tanto "red de interacción", es "una célula social que forja a los individuos". Recién llegados al Instituto, esta idea les estimuló y desde ese momento empezaron a colaborar.

Las sucesivas sesiones se dedicaron al aprendizaje de la comunicación. Tomando las tres formas que postula la Teoría Sistémica, aprendieron la diferencia entre la comunicación agresiva, apática y asertiva. Seguidamente, al observar que dos componentes del grupo, una niña árabe y un niño del país, por distintas razones no se integraban en el grupo, preparé una sesión, donde debían escribir en una cartulina nominal una "caricia positiva" (según terminología del AT) a cada miembro del grupo. Ello tenía un doble objetivo, por una parte conocer mejor al grupo partiendo de su propia percepción y por otra, lograr que los dos sujetos con dificultad de integración vivieran al grupo como menos amenazador. La sesión sirvió para que en el marco de un ambiente de juego, pudiera detectar alguna de las ansiedades que se movilizaban.

Relataré un caso que ilustra nuestra forma de trabajo. El grupo tuvo que asistir a una charla sobre "Educación Viaria", en las instalaciones de la policía local del pueblo. Los alumnos están acostumbrados a visitarla ya en primaria, y conocen bien al responsable de la charlas, el Sr Paco para mí, Paco a secas para ellos, un personaje afable y cercano.

Durante la sesión, hubo continuas interrupciones de los alumnos simplemente por esa tontería infinita que un grupo de pre-adolescentes puede llegar a mostrar. Para el Sr. Paco, su comportamiento fue mejor que el de otros grupos, pero a mí me molestó su falta de respeto. El grupo observaba mi malestar y, por lo bajo, comentaba la bronca que les esperaba en la próxima sesión de Tutoría.

Este es el punto de inflexión donde se me planteó la disyuntiva de, sencillamente y menos costoso, echar una bronca o utilizar la reflexión y la introspección como método de aprendizaje. Opté por la segunda y aquí es donde, por primera vez, planteé una sesión de psicodrama.

El siguiente lunes, utilicé el factor sorpresa, contando con que en ese lapso de tiempo los alumnos habrían olvidado el episodio. Cuando entré en el aula estaban menos alborotados que en otras ocasiones. Les propuse que hiciéramos una especie de juego y dije que necesitaba toda su atención y colaboración, para que saliera bien. En este punto, el grupo estaba acostumbrado ya a organizarse rápidamente y en un periquete, retiraron las mesas y se sentaron en el suelo. Pedí dos "voluntarios",

Antonio el niño que peor se había comportado durante la charla y que corresponde a un perfil de adolescente mimado con dos únicos polos de interés: los ordenadores y su infinito protagonismo y, Rosa, una niña muy observadora y uno de los líderes del grupo.

El juego debía consistir en que Antonio explicara alguna cosa que él supiera mejor que el resto. "Podrías hablar de ordenadores", le sugerí yo a la oreja, a lo que él se mostró encantado. Rosa debía ponerse más alejada detrás y tenía el papel de ojo observador de lo que allí sucediera. El público retiró las mesas y se sentó en el suelo. Se hizo un silencio absoluto y se dió paso a la dramatización. Me coloqué a la derecha de Antonio, un poco hacia atrás y levantamos el telón. Antonio empezó, tranquilo, entre risas, a hablar de, al cabo de pocos segundos le interrumpí y le dije "perdona acabo de recordar que debo decirle algo a María", y así lo hice. "Puedes continuar". Al instante, "recordé" que debía citar a Carlos para una entrevista personal en mi despacho y volví a interrumpirle y así en un par de ocasiones más. Seguidamente, me coloqué detrás de él, lo así por los dos brazos y le pregunté: "¿Cómo te sientes?", "Frustrado", respondió. Me dirigí al público y pregunté: "Y vosotros, que habéis aprendido?", "Nada", respondieron sorprendidos. Y esto, ¿Os recuerda alguna cosa?" La respuesta del grupo fue: "El otro día en la policía local". El ojo de Rosa nos relató entonces la cara de estupefacción del grupo ante mi aparente falta de respeto hacia Antonio. Se produjo un insight grupal.

A partir de este momento, entusiasmados, demandaron poder trabajar los distintos conflictos que se iban presentando durante el curso, utilizando el psicodrama como herramienta para su resolución. Los efectos benéficos que este método les aportaba y que ellos vivían como un juego, me llevaron a replantear el contenido de las sesiones tutoriales, si no para ese año escolar que estaba a punto de finalizar, sí el que debía darse al segundo año de trabajo con el grupo, que llegado a este punto, estaba fuertemente cohesionado. Junto a mis compañeros de equipo, que conocían lo que se cocía en mi tutoría y con los que siempre hubo una fluida comunicación y apoyo, elaboramos un plan tutorial para el segundo curso, cuyo objetivo era en primera instancia mantener el grado de cohesión y si como dice Marina en su "Teoría de la inteligencia creadora" ésta se caracteriza por

su capacidad para inventar fines, ir consolidando el espacio.

Al finalizar el curso, se me ofreció la posibilidad de impartir una asignatura optativa de psicodrama durante el tercer trimestre del año siguiente. Acepté la proposición y el pasado Abril empezamos esta nueva tarea, ya desde un enfoque distinto, puesto que se trata de diez niños, siete de los cuales la han elegido porque por diversas razones están interesados y tres que pensaban que se trataba de teatro en Inglés (soy profesora de Inglés en el Centro). Proviene de los tres grupos de primero de ESO que iniciaron el ciclo escolar, es decir, que para la mayoría, es la primera vez que se enfrentan al psicodrama, pero tienen en común una relación positiva con la coordinadora.

Paul Lemoine observa que, el psicodrama posee una dimensión específica: el discurso del grupo, la puesta en juego de la mirada, la representación dramática y su incidencia en la "curación". Aunque en este caso, en tanto que el grupo iba a trabajar en la escuela, no se planteó en su inicio como un grupo terapéutico, el discurso del grupo ha sido el del inconsciente y el reconocimiento en el otro a través de la identificación, ha permitido la elaboración de ansiedades y duelos.

Se pactaron normas. Aquel iba a ser un lugar íntimo, que se basaría en el respeto hacia el grupo por cada uno de nosotros, y en el silencio fuera de ese lugar. Dada mi doble condición de profesora de todos ellos y coordinadora de ese espacio, debía presentar muy claramente el tema desde su inicio, para lograr una disociación que me parecía primordial. Les pedí que escribieran en una libreta lo que habían visto y sentido en cada sesión y, sobre el tema de las notas escolares, que tanto preocupa a los alumnos, en principio dije que no debíamos tener problemas ya que se iría viendo sobre la marcha. Mi intención era que al finalizar el trabajo en común, dieran mayor relevancia a su crecimiento personal.

Al principio, el grupo mostraba una fuerte oposición a hablar, lo cual despertó un sentimiento contratransferencial de desvalorización de la coordinadora. Tenían ganas de comunicar pero, a la vez, se les notaba tensos. El "lenguaje corporal" del grupo hablaba en ellos. Había rigidez en la postura, comentarios por lo bajo, algunos balanceaban la silla intermitentemente, etc.

La primera en presentar un conflicto, para ella doloroso, fue una niña que quiso hablar de la muerte reciente de un abuelo y su miedo al pasar por delante de la ahora habitación vacía del mismo. Utilizando la técnica de la silla vacía, Inés pudo decirle a su abuelo que lo quería y a través de un yo auxiliar, éste responderle tranquilizándola. El efecto en el grupo fue catártico. Juan empezó a llorar desconsoladamente sin que él pudiera hallar un motivo a su pena. Sus compañeros ayudaron a tranquilizarle, mostrando identificación en su desconsuelo. La emoción era colectiva, pero a su vez contenida. Daniel, entrecortadamente, relató el vacío que había representado para él la muerte de su abuelo. La movilización de las fantasías de muerte, que el duelo de Inés produjo, sirvió para movilizar al grupo y para que, por, identificación proyectiva, el discurso del grupo tomara otro rumbo.

La inclusión de sueños fue otro punto de inflexión. Aquí no se trataba de confesar en voz alta, los sentimientos que tenían sobre tal o cual miembro de la familia, sino que al tratarse de algo que ellos pensaban que no tenía sentido, que no les aludía, no les producía miedo explicar. Ana contó que tenía un sueño de angustia que se había repetido muchas veces en su vida. Se veía situada en una plataforma que iba subiendo y subiendo y en un momento dado bajaba rápidamente para ir a estrellarse contra el suelo. En este caso utilizamos cojines para simular la plataforma, Ana escogió cuatro y los colocó uno encima del otro. Le propuse que se colocara encima y le pregunté como se sentía. Contestó que muy incómoda y que vivía la plataforma como algo muy pesado. Le propuse que fuera eliminando cojines. Ana eligió tres y cuando los iba a lanzar le pregunté, de que se estaba desprendiendo. Contestó "de mis problemas". Puedes concretar un poco más, ¿qué quiere decir problemas para ti?". "mis miedos, mi relación con mis amigos, mi inseguridad....." Quedaba en el suelo un solo cojín, de color y aspecto más bonito. "¿Qué sientes que representa este cojín?" Ana dudó unos instantes, "no lo sé" dijo, lo dejó porque me gusta el color", al cabo de unos momentos tomó el cojín del suelo, lo abrazó y dijo "no lo quiero tirar, creo que representa a un amigo muy querido que murió cuando yo tenía diez años". Ana, emocionada, se sentó, y habló de su pena por la muerte de un amigo. Pregunté al grupo que sentían y que querían decirle y respondieron

“que la entendemos y la queremos”. Les propuse que se levantaran todos y que intentaran modelar, una estatua representativa de ese sentir. Rápidamente formaron un círculo pequeño y compacto. En ese abrazo colectivo, que ellos definieron como una piña, mostraban un sentimiento de pertenencia, un vínculo .

Me gustaría en este punto, resaltar que no todas las sesiones se desarrollaron con este nivel de entendimiento. En el mes de Junio, cuando la escuela pierde su nombre para convertirse en un lugar donde alumnos y profesores parecemos estar trabajando en plena selva, se produjo un incidente en el grupo que me parece muy ilustrativo de resistencia grupal.

Se había pactado que, para ahorrar tiempo, al llegar la coordinadora a la sesión, el grupo habría ya dispuesto las sillas en forma de semi-círculo. En esta ocasión, los componentes del grupo estaban comentando un examen de matemáticas que acababan de realizar. En el lugar que debía ocupar mi silla, había una mesa con el material de uno de ellos. Me quedé fuera del espacio que ocupaban en silencio. La conversación, a cuatro bandas, no cesó, hasta que, uno de ellos, pareció darse cuenta de mi presencia y pidió que empezara la sesión. Al preguntar que hacía una mesa donde debía estar mi silla, contestaron que no se habían dado cuenta. Ante mi insistencia en lograr una respuesta más convincente, una niña se levantó y la quitó de en medio. Hice notar que todavía faltaba mi silla. A regañadientes, la misma niña a quien pertenecía la mesa, puso mi silla en su lugar. Esperé unos instantes antes de sentarme. Daniel, nervioso por una actitud de silencio que no entendía, ocupó mi lugar y bromeó imitando mi tono de voz : “Qué hay del último día ?”. Sin esperar respuesta, pegó un bote de la silla y dijo “ay, no puedo”. Me senté y comenté que quizás no querían hacer la sesión puesto que, de una manera simbólica, me habían echado fuera.

Estas palabras irritaron profundamente a Esteban, quien me espetó “que tonterías, una mesa es una mesa y nada más que una mesa”, Daniel y Carlos empezaron a hablar a voces entre ellos y el resto del grupo, entre sorprendido y divertido, se unió al vociferio. Daniel sugirió que como en ese espacio yo no ponía falta de disciplina, podían salir del aula. En silencio, me levanté y abrí la puerta. Carlos, Daniel y Esteban salieron del aula para ir a

refrescarse. Judit quería unirse al grupo pero necesitaba mi permiso. Ante mi mudez, optó por quedarse. Los disidentes volvieron rápidamente y se sentaron. Yo continué en silencio. Lentamente los ánimos se fueron calmando y empezaron a sentir el vacío. Alguien pidió por favor, que dijera algo, que el silencio era peor que el castigo. Durante quince interminables minutos más, solamente se podía oír la respiración nerviosa de alguno de ellos. El resto no paraba de moverse, siempre en silencio.

Antes de acabar la sesión comentamos lo que había pasado. “Por supuesto”, era la coordinadora quien había dado una importancia suma a algo que no la tenía. No había habido por su parte ninguna intención de excluirla. La transgresión que tres miembros del grupo cometieron y otro no pudo consumir, fue vista como una mera anécdota provocada por el examen de matemáticas. La resistencia a integrar los hechos como un acto fallido y como algo con significado, fue tan intensa, que no se pudo hablar del tema.

Al día siguiente al iniciar la sesión, los mismos chavales que habían salido del aula, me pidieron poder dejar la puerta abierta por motivos de calor. Accedí. Al hacer la pregunta de rigor “Qué hay del último día?. Manuel, Daniel, Carlos, Esteban e Inés se mostraban todavía furiosos contra mí por el episodio del día anterior. No así el resto del grupo. Les propuse una dramatización. Les facilité una serie de cojines y les dije que podían, si así lo deseaban, tirarlos o pegarlos jugando con la fantasía de que me representaban. Volaron todos . Cuando estaban más furiosos, les interrumpí y les pregunté uno a uno “¿A quién estás pegando?”. Inés respondió “a ti”, no creo”, le contesté, “¿a quién?”. “Me estoy pegando a mí misma, porque no me acepto”, respondió con tristeza. Manuel insistía en que me pegaba a mí . “Piensa a quién represento yo para tí ahora?”. Cambió repentinamente la cara y dijo, “ah, ya lo sé”, cerrando el puño en un gesto que pareció de entendimiento e impotencia a la vez.. Entendí que se había producido un movimiento. A media sesión Carlos había cerrado la puerta.

El penúltimo día de sesión trabajamos la “Tienda Mágica”, que sirvió para “enseñar” a los chavales a vivir con la falta, “todo no se puede tener”. La transacción que yo les proponía en la mayoría de los casos, les parecía muy elevada.

Querían ganar valentía, optimismo para encarar el futuro..... Inés compró seguridad a cambio de inteligencia, una de sus más preciadas características por ella y por el grupo. Aurora cedió parte de su gran habilidad para la danza a cambio de más esfuerzo por el estudio. El resto de los componentes del grupo se enfocó en la complitud.

Querría añadir que, en la última sesión, hicieron una valoración extraordinariamente profunda de la experiencia. Les había servido para crecer como personas, para sentirse más seguros para afrontar mejor nuevas expectativas y, lo que es más importante, la identificación con el otro, les había ayudado a no sentirse, como hasta ahora, tan solos ante sus ansiedades y miedos. Algunos habían reforzado su amistad y también descubierto su afinidad con otros miembros del grupo a los que hasta ahora solamente les unían / o desunían, los conocimientos formales. Manuel, por primera vez, en los dos años que le conozco, pudo expresar sus sentimientos al grupo. Todos ellos habían sentido que habían gozado de un privilegio por lo singular que representa poder trabajar en la escuela temas tan íntimos y de difícil comunicación. Deseaban que el espacio continuase y poder seguir trabajando juntos.

Para acabar, decir que, en este curso y durante un cuatrimestre, seguiremos con las sesiones. Mi objetivo para la nueva etapa que he iniciado, es hacerlas extensibles a nuevos alumnos, utilizando el espacio que la Tutoría me permite.

Cortés, Enrique.: El psicodrama freudiano,
<http://perso.wanadoo.es/enriquecortes>

Freud, S. : Obras completas, Biblioteca Nueva.

Bibliografía

Lemoine, Gennie y Paul. : Jugar-Gozar, Por una teoría psicoanalítica del psicodrama,

Editorial Gedisa, 1997

Valiente Gómez, Daniel.: Psicodrama y Psicoanálisis, Editorial Fundamentos

Bello, María Carmen.: Introducción al Psicodrama, Editorial Colibrí, México, 1999

Marina, José Antonio.: Teoría de la inteligencia creadora, Compactos Anagrama, 2000

Pallarés, Manuel.: Técnicas de grupo para educadores, Publicaciones ICCG,

Blanchet, Alain., Trognon, Alain: La Psicología de los grupos, Biblioteca Nueva, 1996

4.7. Encuentro entre formadores en Psicodrama y/o Psicoterapia de grupo

Moderador: Roberto de Inocencio Biangel

Se convoca una reunión de encuentro entre formadores en Psicodrama y otras vertientes de la psicoterapia de grupos, con la expectativa de fomentar la comunicación entre las distintas formas de entender el entrenamiento y formación en las distintas disciplinas de este quehacer.

La respuesta a esta convocatoria ha sido muy positiva. Las ausencias fueron la excepción.

Durante el encuentro ha habido oportunidad de que los profesionales se presentaran personalmente y también presentaran su actividad en el campo de la formación.

El tiempo dedicado a esta actividad ha resultado insuficiente para satisfacer el entusiasmo con que se recibió la propuesta.

El resultado es la posible continuación de este espacio de intercambio en el futuro.

4.7.1 La formación universitaria en psicoterapia: Situación actual y perspectivas futuras en el marco del espacio europeo de enseñanza superior

Adolfo J. Cangas Díaz y Jesús Gil Roales-Nieto
Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Almería

- Contribución aportada por los autores, no incluida en el Encuentro entre Formadores -

En Psicología una de las demandas principales es la formación en técnicas terapéuticas. De hecho, la especialización en psicología clínica suele ser la opción mayoritaria entre los estudiantes de esta licenciatura. Sin embargo, por lo que se refiere a la formación, los contenidos más prácticos de psicoterapia en los actuales planes de estudio únicamente se suelen llevar a cabo a través del practicum, donde los alumnos -generalmente con una carga docente similar a la de una asignatura- hacen prácticas en distintas entidades clínicas (internas o externas a la propia facultad).

Ahora bien, este prácticum no viene legislado por ningún Real Decreto (como sí ocurre en otras disciplinas sanitarias o en magisterio) y su calidad o su posibilidad de ser queda al arbitrio y a la pericia de la capacidad de los diferentes Departamentos o de la Universidad correspondiente.

Esto conlleva, generalmente, que la formación aplicada sea mas bien escasa y los alumnos, en muchos casos, aprendan una vez finalizados los estudios, es decir, cuando ya se han tenido que exponer a casos reales (al abrir, por ejemplo, un gabinete psicológico), lo que en cierta medida ha supuesto un cierto desprestigio de la profesión.

En parte esta situación pretende ser paliada mediante la formación PIR (Psicólogo Interno Residente). Sin embargo, el número de plazas disponibles en esta especialidad suele ser escaso y, en cualquier caso, dicha formación debe ser complementaria a la adquirida en la universidad.

Otra alternativa, hoy común, es que los alumnos, sabedores de la escasa formación aplicada, intenten paliar estas deficiencias mediante diversos cursos de especialistas, masters, prácticas, etc. en gran parte al margen de la universidad.

Por otro lado, en estos momentos estamos viviendo un periodo de profundas transformaciones en la universidad española, derivadas de la convergencia europea, que tiene como horizonte la plena adaptación de los planes de estudio en el año 2010. En este sentido, el espíritu de la Declaración de Bolonia establece como reto una enseñanza superior equiparable dentro de los estados de la Unión Europea de alta calidad. En este marco, es donde la enseñanza de la Psicología Clínica en España puede sufrir cambios notables y, quizá, sea precisamente ahora el momento de proponer cuales son las mejoras o requisitos que se deben de exigir en esta formación.

Empezaremos esta exposición precisamente por los requisitos que, a nuestro juicio, ha de tener la formación en psicología clínica, para pasar posteriormente a ver cómo esto se puede articular en los nuevos planes de estudio. De esta forma, los aspectos básicos que creemos debe promover la formación de psicoterapeutas son los siguientes:

1) Madurez personal.

Un primer aspecto, que creemos necesario, es una suficiente trayectoria personal que permita entender al clínico diferentes perspectivas del paciente y, saber obrar, de diferentes formas (algunas incluso un tanto distintas a la lógica habitual). Esto supone un bagaje personal, para poder enfrentarse a situaciones difíciles (como en realidad son la mayor parte de los casos clínicos). Aunque este repertorio no lo puede proveer directamente la universidad, sí que de alguna manera puede ayudar a provocarlo. Por ejemplo, favoreciendo la movilidad estudiantil (a través de un sistema adecuado de becas), donde esta experiencia pueda ser muy enriquecedora al conocer otros modos de actuar, de enfrentarse a los problemas y de solucionarlos. También, puede ser una medida importante el dilatar un poco más el inicio de la práctica profesional y el inculcar desde los inicios de los estudios la necesidad de una formación continuada. Esto no significa, obviamente, que haya que esperar a una "mayoría de edad" para

poder intervenir en psicología clínica pero sí, en la medida que se implante la necesidad de la formación continuada (más allá del periodo formativo inicial), estaremos promoviendo que los futuros profesionales estén mejor formados o capacitados.

2) Relación de la práctica profesional con la investigación.

La capacitación técnica no debe de ir al margen de la investigación en psicología. Es más, fácilmente se retroalimenta el hecho de que un clínico esté familiarizado con la investigación (que necesariamente es un conocimiento crítico o de avance) y la práctica profesional. En este sentido no parece muy adecuado dividir ambas facetas como si fueran entidades independientes. Sin embargo, la situación actual dista bastante de este objetivo. Así cabe destacar la dilatada experiencia en investigación que, por lo general, tienen los profesores de universidad (a veces sin mucha experiencia práctica), mientras que los clínicos profesionales apenas dedican tiempo a la investigación (con mirar la autoría de cualquier revista de psicología clínica podemos constatar esto). Este es un aspecto que debería mejorarse. En este sentido, al hilo de la Ley Orgánica de Universidades (LOU), donde se da entidad jurídica a los grupos de investigación, se podría favorecer esa armonía o cooperación entre diferentes clínicos y profesores de universidad donde se busquen objetivos en común (clínicos y de investigación). También, los estudios más aplicados deberían fomentar la investigación como elemento fundamental de la enseñanza.

3) Conocimiento y manejo de diversas técnicas terapéuticas.

Un aspecto también esencial es el enriquecimiento que diferentes modos de actuar puede promover para la práctica clínica. Ya no se trata de que se deba de adoptar una postura "eclectica" sino que es precisamente mediante el aprendizaje -u observación- de diversos modos de actuar como podemos, de hecho, calibrar la efectividad mayor o menor de nuestra forma de actuar y, por tanto, de conocer nosotros mismos nuestros propios recursos (y, si acaso, limitaciones). Este conocimiento amplio nos debería aportar una mayor capacidad crítica en el trabajo psicológico que consideramos también un elemento esencial.

4) Puesta en práctica de los conocimientos teóricos adquiridos.

No se puede decir que uno es un buen clínico, obviamente, hasta que la persona no se expone a la práctica clínica y sale, digamos, "airoso". Por supuesto esta forma de exposición debe ser gradual, guiada y modelada en muchos aspectos pero no necesariamente constreñida a unas pautas fijas. Más bien de lo que se trata es que la persona vaya ganando pericia y experiencia en su trabajo profesional, guiado inicialmente por un terapeuta experto y adquiriendo cada vez mayor autonomía.

Pues bien, como señalábamos al inicio de esta exposición, quizá sea ahora un buen momento, al hilo de la convergencia europea de la enseñanza superior, donde se debiera plantear la mejora en la formación en psicoterapia dentro de la universidad española. Ni que decir tiene que la reforma que se está haciendo en estos momentos (y que nadie puede aventurar cómo va a finalizar) ya está apuntando aspectos esenciales que es necesario analizar. Así, a continuación, vamos a enumerar una serie de principios que pueden ayudar a mejorar la formación psicoterapéutica de nuestros alumnos. Todo ello, al hilo del marco europeo en el que nos movemos.

1) Grado y posgrado.

La enseñanza en Europa, tal como se está planteando, estará dividida en los títulos de Grado y de Postgrado. Los primeros, los estudios de grado, deben proporcionar a los alumnos los conocimientos generales básicos, junto con conocimientos transversales relacionados con la formación integral de la persona, así como las habilidades específicas de carácter profesional orientadas a la integración en el mercado de trabajo. Esta formación inicial tendrá una carga docente entre 180-240 créditos europeos. En este sentido, las propuestas van porque sean estudios de tres o cuatro años. En los países de nuestro entorno europeo están ambas alternativas. Por ejemplo, en Dinamarca, Finlandia Suecia o Reino Unido son de tres años mientras que en otros, como Holanda o Noruega es de cuatro años. Probablemente, es cierto que con tres años -bien aprovechados- pueda ser tiempo suficiente para adquirir unos conocimientos mínimos, que se completarían (si fuese el caso) con otros dos años de postgrado. Téngase en cuenta que si el

Grado es más corto se puede buscar una mayor especialización en el postgrado y es que la Psicología, que no sólo abarca el área de clínica sino también otras, como Recursos Humanos, Psicología Educativa, Neurociencias, etc., requiere probablemente una formación especializada intensa. El postgrado podrá tener una carga mínima de 60 créditos y máxima de 120 (en función, entre otros aspectos, de la duración de los estudios de Grado). Esta formación comprenderá dos partes: una, de formación académica avanzada y otra de iniciación a la investigación o de especialización profesional. Así planteado el asunto, tres años de formación inicial (Grado) más dos de especialización (Postgrado o Máster) deberían mejorar sustancialmente la formación que se imparte en estos momentos. En cualquier caso, la mejoría no sería tanto el número de cursos (cinco, que es lo que mismo que hay ahora) sino sus objetivos y distribución, donde los tres primeros años sean mucho más aplicados que hasta ahora (que sea un título que sirva para el mercado laboral) mientras la especialización (Máster) sea mucho más aplicada que los dos últimos cursos de los planes de estudio hasta ahora vigentes.

2) Prácticas tuteladas.

La formación en psicología clínica es una labor altamente compleja que requiere la pericia de un profesional experto que guíe la enseñanza de los futuros alumnos. Ya no se trata únicamente de aprender ciertas técnicas, sino de saber utilizarlas de un modo adecuado y, para esto, es para lo que se requiere un tutor. La existencia de tutores certificados no es nueva en Europa. Existe por ejemplo en Noruega, Holanda y Alemania, donde una vez finalizado los estudios más teóricos un profesional cualificado (o varios) lleva la formación de los alumnos. Esta figura podría corresponder a las plazas vinculadas donde profesionales con un prestigio reconocido orientasen a los alumnos que hacen sus prácticas en diferentes centros. Esto abriría también las puertas a una colaboración más real entre los dispositivos de Salud Mental y la universidad.

3) Becas.

Desde luego que el sistema de becas debería favorecer la movilidad estudiantil (ya no sólo dentro del territorio nacional sino también

europeo). Esta es una formación esencial para que los distintos alumnos puedan realizar al menos un año de su formación en otro centro. Esto no sólo contribuiría a una mejor preparación académica sino, como apuntábamos también, a una mayor madurez personal.

4) Máster con especialización.

Desde luego la formación hoy en Psicología es muy extensa, abarca múltiples áreas, y en este sentido se debería promover la especialización en diferentes áreas que sean las que a un alumno más le puedan interesar. Desde luego que esta formación especializada debería ser avalada o acreditada por alguna agencia de evaluación y ser revisada periódicamente. La idea sería promover centros profesionales y de investigación de gran prestigio en diversas universidades.

5) Fomento de la investigación.

Hemos indicado que este es un pilar básico en la formación del alumno. Ya no se trata tan sólo que sepa llevar a cabo una investigación, sino que pueda también valorar las diferentes metodologías, resultados, interpretaciones, etc. que plantea cualquier estudio. Con ello, el alumno debería estar más capacitado para "cribar" los aspectos esenciales y debería servir también para valorar sus propios logros.

4.8. Aplicaciones del Psicodrama: Intervención psicoterapéutica

Modera: Gracia Sáez Bustos

4.8.1 Diversidad Cultural, Crisis y Hospitalización. Papel de los Grupos de Psicoterapia.

Dr. José Manuel Martínez Rodríguez.
*Psicodramatista. Analista Transaccional
Certificado.*

Los grupos de psicoterapia en las Unidades de Atención a Crisis pueden conceptualizarse como un Sistema Social con sentido propio. Poseen sus límites externos que los diferencia de otros grupos existentes en la Unidad. Los horarios, el espacio físico en el que el grupo se desarrolla y los objetivos de cada grupo de psicoterapia definen quien pertenece y quien no pertenece al grupo (Beeber, 1.988). Por otra parte los límites internos del grupo diferencian a los asistentes en los roles de terapeuta y paciente, o definen subgrupos dentro del mismo (Berne, 1.963, 1.964).

A pesar de que estos grupos tienen una vida breve y siempre cambiante por ser abiertos, se puede identificar una Cultura Grupal que viene transmitida por las diferentes generaciones de componentes que han venido formando parte de los mismos.

Berne desarrolló un concepto de cultura grupal que está basado en su modelo de personalidad individual (Berne, 1.963, 1.964, 1.966; Drego, 1.996). Cuando un grupo de gente constituye una red social o una comunidad comparten valores, procedimientos y emociones que Berne (1.963) denominó respectivamente como "Etiqueta", "Procedimientos Técnicos", y "Carácter" respectivamente.

Como plantea Drego (1.996) esta triple división está en sintonía con muchas perspectivas antropológicas sobre la cultura. Por ejemplo, Ruth Benedict ve una similaridad entre cultura e individuo cuando describe la cultura como un patrón más o menos consistente de pensamiento y emoción (Benedict, 1.934). La concepción de Berne también está en sintonía con la

visión de Klukhohn y Murray que definen la cultura como los esquemas creados históricamente para vivir que son guías potenciales para la conducta humana y que pueden ser explícitos o implícitos, racionales, irracionales o no-racionales (Klukhohn y Murray, 1.956). Es decir, como un sistema transmitido orientado a facilitar la adaptación del hombre a su entorno.

Desde el punto de vista Berniano (Berne, 1.963, 1.964) la cultura de grupo incluye tres importantes elementos: El primero es la "Etiqueta", es decir el conjunto de procedimientos sancionados como correctos por el grupo que definen lo que está bien y es adecuado y lo que está mal y hay que evitar. El segundo elemento son los "Procedimientos técnicos", esto es, el conjunto de procedimientos orientados al dominio de la naturaleza, que transmiten los conocimientos útiles y las técnicas para resolver los problemas que el grupo ha de afrontar. El tercer elemento es "el Carácter" del grupo "incluye las desviaciones del contrato social que se ha considerado legítimo en un grupo mediante la flexibilización de la Etiqueta del grupo". A esto podríamos añadir que el Carácter de un grupo incluye además la fórmula que el grupo ha utilizado para defenderse de sus conflictos internos aún no resueltos, y, por lo tanto constituye un punto de fijación y de freno en el desarrollo de la cultura grupal.

En los grupos de psicoterapia de las Unidades de Corta estancia existen ciertas normas implícitas en su funcionamiento y otras explícitas como las de confidencialidad, prohibición del consumo de sustancias, no actuación de la agresividad, etc. La Unidad a la que pertenecen constituye un suprasistema que a su vez posee su propia cultura en función de la ideología del personal que la compone y de las normas internas de funcionamiento. A su vez la Unidad está incluida en un sistema más amplio, que es el Hospital (Beeber, 1.988).

El grupo acusa la influencia del sistema social constituido por la Unidad y el Hospital en su conjunto. Klein (1.977) ya había observado que el sistema social de la Unidad con sus normas, expectativas y valores desempeña un importante papel en cómo el paciente se conduce durante las sesiones y, así, tiene un impacto significativo sobre el proceso terapéutico. Esta influencia es tan acusada que Kibel (1.981) planteó la hipótesis de que el grupo de psicote-

rapia en una Unidad de corta estancia más que un grupo con fronteras claramente definidas es un subgrupo de la Unidad en sí misma.

También Astrachan (1.970) señala la importancia de considerar la influencia de las variables estructurales sobre la terapia de grupo. Sin esta consideración la tentación es percibir la conducta del paciente como individualmente determinada, sea conscientemente o inconscientemente, e ignorar la forma en la que el setting facilita o inhibe sentimientos y acciones. En definitiva, las tensiones del sistema se expresan y reflejan a través de todas las interacciones, de todo el staff y todos los pacientes en el grupo. Berne (1.966) resaltó la enorme importancia que tiene para el terapeuta tomar conciencia de las influencias que diversas variables de la estructura organizativa, de la cultura profesional e institucional, así como la personalidad de sus superiores ejercen sobre sus decisiones terapéuticas, especialmente en los momentos de estrés.

En cada uno de los niveles mencionados, Grupo, Unidad y Hospital, es identificable una cultura grupal cuyas normas implícitas y explícitas entran frecuentemente en colisión. La cultura sanitaria y de atención a la salud prima la efectividad como valor de calidad, mientras que los grupos de psicoterapia dan prioridad al establecimiento de vínculos y relaciones. Así pues, en un sistema de atención sanitaria que aborda problemas psiquiátricos y de salud mental nos encontramos con una diversidad cultural con principios, valores, expectativas mutuas que tienden a entrar en colisión.

Hasta el momento los conflictos planteados se han resuelto con la exclusión de la psicoterapia del mundo sanitario dado que su orientación entra en colisión con los valores sanitarios predominantes orientados a la eficacia y la resolución de problemas. Esto plantea un punto de fijación en las organizaciones sanitarias, que cada vez más integran en su sistema de atención a los problemas psiquiátricos, pero que ven su desarrollo en este aspecto frenado por una diversidad cultural conflictiva no resuelta.

En las Unidades de Corta Estancia el paciente ingresa desprovisto de rol y por lo tanto ingresa desasistido en un contexto en el que la sociedad no ha descrito una serie de papeles de funcionamiento normatizados. Un paciente que ingresa en una unidad de medicina general

o de cirugía conoce mucho mejor sus derechos y obligaciones, tiene expectativas más o menos realistas sobre la respuesta de la Unidad médica a sus problemas y su estancia viene estructurada y delimitada por el conjunto de exploraciones físicas e intervenciones terapéuticas. Sin embargo un paciente psiquiátrico carece de rol definido. No conoce bien sus derechos y obligaciones y tampoco sabe las variables que determinarán la duración de su estancia.

Un paciente que ingresa en una unidad sanitaria médica o quirúrgica busca apoyo en sus compañeros de unidad, mientras que una persona que es admitida en una unidad psiquiátrica ingresa con la expectativa de estar rodeado de "locos", de personas alienadas y sin control. La expectativa es tener que defenderse de un mundo ajeno y alienado. De hecho carece de los códigos que le permitan conectar de forma adecuada con otras personas en crisis o fuera de la realidad.

El paciente por otra parte ingresa en un microsistema cultural que tiene expectativas sobre la naturaleza de su proceso y sobre la forma que han de adoptar las interacciones a lo largo de la hospitalización. Es habitual que en las Unidades de Corta estancia los pacientes se vean sometidos a la presión originada por las expectativas del Equipo Asistencial sobre ellos, entre ellas la de que se recuperen con "rapidez". Por otra parte el equipo tiene una idea de lo que "le pasa" que, con mucha probabilidad, tiene una naturaleza muy diferente de su definición del problema.

Todo ello equivale a tener que adaptarse a un grupo social cuyo lenguaje no se conoce bien y cuyos códigos de funcionamiento son difícilmente comprensibles o enigmáticos para el sujeto. La comparación con el choque cultural que experimentan los emigrantes es algo evidente para un observador. El paciente se encuentra desprotegido culturalmente.

Además el paciente ingresa en un momento de crisis en que su personalidad está desestructurada. El sujeto está en peores condiciones que nunca para hacer frente a las presiones provenientes de una cultura diferente y de adaptarse con éxito a sus exigencias. Su capacidad de análisis está disminuida por el efecto de la ansiedad, y es menor la capacidad de tolerar los afectos. El sujeto se siente abrumado por sus emociones, sus fantasías delirantes, sus

reacciones, etc. Por otra parte ha dejado atrás la ayuda del microgrupo familiar, que, por ineficaz que fuera para contener la crisis, sin embargo tenía aspectos de alivio y contacto interpersonal y afectivo.

La actividad grupal en sí misma es una oportunidad de disminuir el choque de la hospitalización. Los Grupos de Transición (Brabender, 1.988; Martínez, 1.996) son una buena alternativa terapéutica para abordar este fenómeno. El Grupo de Transición pertenece a un tipo de grupos de psicoterapia en régimen de hospitalización denominados "open-ended" en los cuales los miembros se incorporan al grupo en algún momento de su historia y le abandonan tras un número variable de sesiones. Es una forma de taponar la ansiedad de incorporación a un mundo desconocido que se añade a la ansiedad propia de la crisis, y que corre el riesgo de agravarla.

El grupo es un lugar donde construir una microred social de apoyo, la oportunidad de construir una familia artificial de emergencia que permita tranquilizar al sujeto y dotarle de seguridad adicional. Es un espacio donde poder chequear rápidamente al conjunto y detectar las personas que parecen más seguras y confiables. También es un sitio donde adquirir información general acerca de los procedimientos válidos y vigentes en la cultura sanitaria. A la vez es el lugar donde establecer vínculos afectivos y donde desarrollar las relaciones transferenciales significativas del sujeto. Por lo tanto es el lugar diagnóstico privilegiado para el terapeuta. Es un lugar de esperanza donde el sujeto puede ver como los pacientes ingresados con anterioridad a su llegada son dados de alta por mejoría.

El grupo es el sitio donde establecer una meta para la estancia en el Centro, una meta que estructure la dinámica cotidiana y que oriente la actividad del sujeto en función de sus objetivos particulares. Por lo tanto es un espacio de motivación personal y de reestructuración de la personalidad en el contexto de una crisis. A la vez es un sitio donde obtener apoyo mutuo en un momento especial de la vida.

Sin embargo en una cultura sanitaria dominante la frontera externa de los grupos de psicoterapia, definida por los límites de tiempo, espacio, pertenencia y tareas a desarrollar durante las sesiones es difícil de mantener, siendo una de las funciones del terapeuta

garantizar la existencia del mismo. Por otra parte una de las características de los grupos de psicoterapia en las Unidades de Corta Estancia es que la frontera externa del grupo es altamente permeable e inestable. En este tipo de grupos los participantes están continuamente enfrentados a la necesidad de desarrollar confianza mutua a expensas de las tareas de diferenciación y autonomía (Rice y Rutan, 1.981). A la vez una de las tareas de psicoterapeuta es insertar el grupo en la cultura sanitaria dominante.

Bibliografía

- Astrachan, B.M. (1.970): "Towards a social systems model of therapeutic groups". *Social Psychiatry*, 5, 110-119.
- Benedict, R. (1.934): "Patterns of culture". Boston: Houghton Mifflin.
- Beeber, A.R. (1.988): "A Systems model of short-term open-ended group therapy". *Hospital and Community Psychiatry*, 39(5), 537-542.
- Berne, E.(1963): "The Structure and Dynamics Of Organisations and Groups", Philadelphia: Lippincott.
- Berne E. (1964): "Games People Play". New York: Grove Press Inc. Versión castellana: "Juegos en que participamos". México: Editorial Diana, 180 reimpresión [1.986].
- Berne, E. (1966): "Principles of group treatment". New York: Grove Press. Versión castellana: "Introducción al Tratamiento de Grupo". Barcelona: Ediciones Grijalbo, 10 Edición [1.983].
- Berne, E. (1.963): "Structure and dynamics of organizations and groups". New York: Grove Press.
- Brabender, V.M. (1.985): "Time limited-inpatient group therapy: a developmental model". *International Journal of Group Psychotherapy*, 35, 373-390.
- Drego, P. (1.996): "The Cultural Parent". En: "Transactional Analysis in Organizations". First Volume of Selected Articles 1.974-1.994". Ed.: Drs. Sari van Poelje and Dr. Thomas Steinert. San Francisco: I.T.A.A., págs. 195-202.
- Kibel, J.H.D. (1.981): "A conceptual model for Short-term inpatient group psychotherapy". *Am. J. Psychiatry*, 138(1): 74-80.
- Klein, R.H. (1.977): "Inpatient group psychotherapy: practical considerations and special problems". *Int. J. Group Psychotherapy*, 27: 201-214
- Kluckhohn, J. & Murray, H. (1.956): "Personality in nature, society and culture". New York: University Books.
- Martínez, J.M. y Fernández, M^oN. (1.996): "Estructura y Dinámica de un Grupo de Transición orientado al Tratamiento de Crisis". *Rev. De Análisis Transaccional y Psicología Humanista* (36) 111-119.

4.8.2. La terapia como puente entre lo conocido y lo extraño

Claire Jasinski
Centro de Psicología Clínica Aplicada

Algunos comentarios de mis clientes extranjeros:
¿Por qué me miran tanto?

- Siento que los españoles no me conocen.
- Hay personas que me toman como representante de la política exterior de George Bush.
- Él tiene a toda su familia aquí, yo quiero que mi hija conozca también a la mía.
- Como aún no hablo bien, la gente piensa que soy tonta.

En la presente comunicación describo el trabajo que desempeño como terapeuta y asesora transcultural con personas de otras culturas, sean estudiantes universitarios, expatriados, diplomáticos o ejecutivos de empresas multinacionales.

Soy psicóloga, psicoterapeuta y psicodramatista. Además soy estadounidense, residente en España desde hace muchos años. También soy nieta de polacos por un lado y bisnieta de irlandeses y alemanes por otro.

A pesar de proceder de una familia aparentemente multicultural, tuve mi primera experiencia transcultural importante con 22 años. Mi hermano se casó en un pueblo de Milán. Fui invitada de los suegros de mi hermano. Me llamó mucho la atención el tiempo y esfuerzo dedicado a la preparación y disfrute de la comida y más el hecho de que Carla, la madre de mi cuñada, insistiera en fregar ella sola todos los platos. Y a sus familiares les parecía la mar de normal. Fue la primera vez que tuve constancia de enfrentarme con el llamado choque de culturas.

Dos años más tarde vine a España para estudiar. Como la mayoría de las personas que eligen vivir durante meses o años en un país

extranjero, tuve una fase positiva al preparar la estancia, y una vez en España disfruté de la llamada fase de encanto, o luna de miel. Me fijé en todas las diferencias positivas: la arquitectura, la vida nocturna, el transporte público. No todos los extranjeros que vienen a España disfrutaban una etapa de encanto, pues no desean estar fuera de su país de origen, sean como refugiados económicos, o de modo menos dramático, familiar de una persona que ha sido enviada a España por su trabajo.

Después de la fase de encanto, pasé a una fase de desencanto. En esta fase nos fijamos más en las diferencias negativas. En esta fase la adaptación cultural depende de nuestra capacidad de aprender unas reglas tácitas. Todos en la cultura nueva saben cumplir estas normas, aunque quizá ninguno pueda describirlas. Carlos Sluzki (1980) describe los efectos de la discrepancia entre lo conocido y lo extraño:

En realidad, cada individuo se adhiere a cierta organización de la realidad y, de acuerdo con ella, formula constantes predicciones acerca de cómo van a ser las cosas de cómo va a actuar y reaccionar la gente. Cada variación imprevista de cualquiera de estas características destroza las premisas de esa persona acerca de la realidad y exige una complicada calibración sea de las percepciones ("¿puedo confiar en mis sentidos?") o de la predicción ("¿puedo confiar en mis valores o en mi sentido común?") Estos mecanismos de calibración, de adaptación, son movilizadas por la disonancia resultante de cualquier discordancia entre las expectativas y el ambiente.

Esa disonancia sólo se puede resolver si la persona es capaz de admitir que la misma

forma puede tener dos significados distintos en su país de origen y en España. Cuando mis pacientes adscriben un significado a un comportamiento según su cultura de origen se limitan en su proceso de aprender el nuevo sistema de normas y expectativas. Si por el contrario, describen el comportamiento en vez de emitir un juicio, tienen la posibilidad de experimentar la nueva cultura como un conjunto de normas y valores no caprichoso, sino sistemático, a la cual pueden acceder. La comprensión de la cultura nueva como sistema permite que el extranjero reduzca la disonancia descrita.

Por ejemplo, muchos norteamericanos comentan el hecho de que los españoles tienden a dejar menos espacio personal en muchas situaciones cotidianas. Son frecuentes las quejas en este sentido (p.e., me empujan, se ponen muy cerca para hablar, me tocan mientras conversamos) y los juicios emitidos al respecto (p.e., los españoles son poco respetuosos, a ese chico le debo de gustar por como me toca el brazo, quizá sea lesbiana esa mujer pues me besa cada vez que nos vemos). Hablar de diferencias medibles en el espacio personal nos permite ver las conclusiones erróneas a las cuales llegamos al aplicar el significado asociado al comportamiento idéntico en el país de origen, además de los mensajes erróneos que podamos mandar (soy frío, no quiero hablar contigo) sin querer, al alejarnos del interlocutor buscando ese espacio cómodo por conocido.

Para mí, esta fase se caracterizó además por una reducción funcional de mis roles. Desprovista de mis recursos como angloparlante expresiva, me vi reducida a una gama bien corta de roles: estudiante extranjera, inexpresiva (cuando no tonta), representante de la política exterior de mi país. A menudo los clientes que acuden a mi consulta o a los talleres de formación transcultural que imparto acusan los efectos de esa reducción de roles. Una tarea terapéutica/educativa clara es ampliar esa gama para incluir otros roles ya conocidos e incluso aprender alguno nuevo.

Tanto la reducción de la disonancia como la ampliación de roles son imprescindibles para que el extranjero pase a una tercera fase de aceptación. Aceptación por parte del sujeto de la cultura nueva y viceversa. En cuanto a la ampliación de roles es especialmente importante que el cliente extranjero se sienta competente, pues aunque no sea experto ni lingüística ni culturalmente, sí sabe hacer muchas cosas

bien. Además la relativa desconexión que experimenta a diario ha de ser contrastada reforzando vínculos ya existentes (con familia, amigos, compañeros) y otros nuevos con personas de la nueva cultura.

Mis clientes de terapia son en su mayor parte personas que han elegido venir a España para vivir unos meses o años. Algunos son residentes desde hace muchos años sin intención de volver a su país de origen. Luego están los que preferirían no estar en España, que son o bien esposos/as acompañantes o estudiantes con serios problemas de adaptación.

Algunos acuden a consulta por un problema de adaptación. En otros casos la adaptación aparece como un problema secundario a una depresión o un trastorno de alimentación ya detectado y a veces tratado en su país de origen. Hay personas que han sufrido un trauma o pérdida en su patria poco antes de venirse sin haberlo elaborado y otras que pasan por un trauma (violación, robo con violencia) o una pérdida de un ser querido mientras están en España.

En las terapias con extranjeros, donde aparece la adaptación como problema importante, tiendo a ser más directiva y a revelarme más. A un cliente le puedo contar lo mal que lo pasé cuando recién llegada a España sentía que los demás no me conocían pues apenas pude expresarme. A otro le puedo facilitar direcciones o teléfonos para hacer senderismo, tal como hacía en su país de origen. Soy consciente de lo importante que ha sido para mí desarrollar un rol de "Claire española o hispanoparlante" e invito a mis clientes a fomentar esa nueva identidad cultural y formar parte de otro "nosotros" y ser como cuenta Nydia García-Preto (1994) un puente entre culturas.

Yo vivo mi multiculturalidad como una ventaja pues me aporta una riqueza de roles y recursos. Procuero transmitir esa visión de la experiencia de vivir en España. En ese sentido son más difíciles las terapias con personas que rechazan durante años todo lo español. Al percibir un tele negativo con una cliente que aparentemente ha venido sólo para quejarse a otra extranjera, procuro conectar con ella desde mi comprensión de lo mal que uno lo pasa en la fase de desencanto, como paso previo imprescindible para plantear otro forma de vivir esa situación incómoda. Inevitablemente hay personas que no desean superar la fase de desencanto.

4.8.3 Psicoterapia psicodramática de una niña con estrés postraumático crónico con síntomas psicóticos

Sandra Campos Rodríguez y Pablo Álvarez Valcarce, con la colaboración de Carmen Sobrino.

Grupo de Estudios de Psicodrama de Madrid

La transculturalidad supone muchos retos. Una cliente anoréxica vive con una española de 60 años para quien la comida equivale al amor. ¿Cómo se viven los desafíos típicos del ciclo vital desde la multiculturalidad? ¿Cómo pueden unos padres separados repartir la custodia de sus hijos si uno de los dos se marcha a su país de origen? ¿Cómo llevar la convivencia entre una estadounidense de 20 años con una depresión importante y una persona mayor española que le anima a hablar en casa y no entiende la necesidad de hablar de lo personal con un extraño? Pero el desarrollo de estos temas quedará para otro momento.

Bibliografía

García-Preto, Nydia (1994) *On the Bridge*. The Family Therapy Networker, Vol. 8, no. 4.

Markowitz, Laura M (1994) *The Cross-currents of Multiculturalism*. The Family Therapy Networker, Vol. 8, no. 4.

McGoldrick, Monica (1994) *The Ache for Home*. The Family Therapy Networker, Vol. 8, no. 4.

Pedersen, Paul (1985) *Intercultural Criteria for Mental Health Training* en *Handbook of Cross-cultural Therapy and Counseling*, Paul Pedersen, ed. Westport: Greenwood Press

Sluzki, Carlos (1980) *Migración y conflicto familiar*. *Terapia Familiar*, III (6) 87-107.

Wrenn, C. Gilbert (1985) *Afterword: The Culturally Encapsulated Counselor Revisited* en *Handbook of Cross-cultural Therapy and Counseling*, Paul Pedersen, ed. Westport: Greenwood Press.

Datos personales

- Niña con ocho años cuando llega a consulta (nacida en agosto de 1994).
- Origen ruso. adoptada; llega a España en Abril de 2000. Procedente de un orfanato. En el informe ruso constan los datos siguientes: retraso considerable del desarrollo psíquico por encefalopatía perinatal; la madre presenta cinco embarazos y tres partos; padre fallecido al año siguiente del nacimiento de la paciente; dos hermanos, nueve y diez años mayores que la paciente, internados en un Centro Educativo Residencial para Niños Anormales.
- Escolarizada en 2º de Primaria (repite curso); presenta dificultades de aprendizaje, necesita apoyo y cursa la mayoría de las áreas con adaptación curricular.

Motivo de consulta

Los padres acuden a consulta planteando los siguientes motivos:

- Dificultades de aprendizaje.
- La niña es muy movida, muy inquieta.
- Ha manifestado algunos problemas de agresividad en la escuela con otros compañeros. No se relaciona con otros niños/as ni en clase ni en el recreo.
- Manifiesta mucho miedo por las noches; a media noche se despierta y llama, o va a la cama de los padres. Uno de sus miedos más frecuentes es a estar encerrada.
- No mantiene la mirada.
- Rituales compulsivos entre los que destaca la masturbación compulsiva.

Diagnóstico

Partimos de la hipótesis de que la paciente se ha visto sometida a un clima hostil en la matriz familiar y que ha sufrido, durante su estancia en el orfanato, maltrato físico y psíquico e incluso abusos sexuales hasta el momento de su adopción.

Hemos llegado a un diagnóstico de estrés postraumático crónico con rasgos psicóticos. Nos llamó mucho la atención en las sesiones de tratamiento la Reexperimentación de las experiencias traumáticas: repite escenas mediante el juego: madres que abandonan; educadores que atan, encierran, pegan; niños que mueren; abusos sexuales.

Hemos preferido este diagnóstico atípico porque desde el punto de vista dinámico es el que mejor expresa nuestra visión de la dinámica psicológica de la paciente durante el tratamiento.

La existencia de un informe no comprobable de una encefalopatía perinatal y de otros hermanos con trastornos mentales nos inclinó a pensar en un primer momento en un trastorno profundo del desarrollo, pero la falta de déficit en el desarrollo del lenguaje, la falta de movimientos motores peculiares y la absoluta normalidad del test gestáltico visomotor de L.Bender, así como la mejoría relativamente rápida con el tratamiento, nos dejaba insatisfechos con este diagnóstico a pesar de cumplir con los criterios de deterioro de las relaciones sociales, reacciones angustiosas catastróficas, afecto inapropiado, resistencia a los cambios y preocupación por intereses y pensamientos mórbidos (síntomas psicóticos infantiles).

El diagnóstico de Trastorno Esquizoide de la infancia, tampoco nos satisfacía pues la paciente presentaba un cuadro más amplio y complejo que la mera falta de amigos, y la evitación de contactos sociales.

Un diagnóstico que nos parecía más adecuado a la historia psicosocial de la paciente es el Trastorno Reactivo de la Vinculación en la infancia, ya que la paciente fue abandonada en el orfanato ruso a una edad muy temprana en situación de falta de cuidados (los padres adoptivos relatan que observaron como duchaban a las niñas con una manguera a presión de agua fría en una habitación colectiva), presentaba ausencia de reciprocidad visual, ausencia de respuesta sonriente,

ausencia de reciprocidad verbal, y falta de participación en juegos con el cuidador, aunque en el momento de tratar a la paciente con la edad de ocho años era difícil evaluar si anteriormente había presentado hipotonía y pérdida de peso.

El diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático crónico o retrasado nos pareció adecuado dados los antecedentes de maltrato institucional que fueron confirmándose en el curso del tratamiento con la experimentación angustiosa de situaciones violentas y de abuso que aparecían de forma repentina cuando la escena psicodramática cobraba un significado simbólico determinado para la paciente. La disminución del interés por las actividades y los sentimientos de extrañeza con los demás, las alteraciones del sueño con pesadillas y las dificultades de concentración apuntaban en la misma dirección. A este diagnóstico le añadimos los síntomas psicóticos, pues era evidente que la paciente presentaba al menos alguno de los síntomas típicos de la psicosis infantiles (trastornos del desarrollo y la vinculación) aunque en este caso pensáramos que eran reactivos a la situación de maltrato vivida, pues fueron remitiendo poco a poco cuando se reprodujeron las escenas traumáticas en la situación psicodramática y la terapeuta ofrecía otra forma de vinculación más adecuada, rematrizadora.

Resumen de contenidos y formas más frecuentes en las primeras sesiones

Formas:

- Habla muy rápida. Tono de voz muy elevado.
- Movimiento constante.
- Presenta un gran nivel de agitación nerviosa: saca todo lo que hay en el armario y lo esparce por toda la sala.
- Alto nivel de agresividad: golpea las cosas y a la terapeuta.
- Presenta una risa desajustada.
- Dificultades para mantener la mirada.

Contenidos:

- Agresividad: manifiesta conductas agresivas de carácter físico y verbal (insultos; uso constante del imperativo en un tono muy autoritario y elevado; arrojar objetos contra las paredes; golpear; atar a los muñecos, trata de atar al terapeuta...). Pide a la terapeuta que le pegue y le grite, por ejemplo cuando

asumiendo el rol de bebé se hace "caca" una y otra vez, o desaparece.

- Muerte: En la primera sesión, por ejemplo, toma una muñeca de tamaño natural; la tumba en el suelo; la tapa con una manta; en un principio parece que está dormida pero la comienza a golpear muy fuerte, dice que la quiere matar, finalmente verbaliza que está muerta. Plantea escenas en las que los bebés mueren, hay que matar a lobos malos, etc.
- Poder: dificultades para asumir normas; impone roles; no deja que el otro elija los juegos; asume con mucha frecuencia roles que implican poder: educadora autoritaria, médico, hijo/a que se rebela; soporta un nivel mínimo de frustración.
- Miedo: En la primera sesión quiere meterse en el armario pero no se atreve a hacerlo sola; cierra la puerta de la sala con el cerrojo y vuelve a abrirla; va al cuarto de baño pero pide a la terapeuta que le acompañe y no se atreve a cerrar la puerta del todo. Juega una escena en la que es un bebé que está durmiendo pero despierta asustada porque aparece un lobo que el yo auxiliar ha de matar.
- Búsqueda de afecto y atención: juega escenas en las que las mamás han de cuidar a los bebés: cambiarles una y otra vez de pañal, darles de comer, protegerles de los peligros, buscarles cuando desaparecen; busca el contacto físico; al final de las sesiones siempre busca el reconocimiento delante de los padres de que se ha portado bien.

Intervención

En un principio, y tras la primera sesión, en la que se observan las formas y contenidos mencionados previamente, se toman medidas como las que se exponen a continuación:

- Con el objetivo de ofrecer la máxima estructura y favorecer la asunción de límites:
 - Se delimita muy claramente el espacio de juego, se cierra el armario con llave y se seleccionan previamente los juguetes por parte de la terapeuta, teniendo en cuenta que éstos no puedan causar ningún daño.
 - Se utiliza un semáforo para diferenciar entre el tiempo de juego libre, en la alfombra, y el

tiempo de juego dirigido, merienda, comentarios..., en la mesa.

- Explicitar las normas; no se puede pegar, no se puede salir cuando uno quiera sin decirlo, no se pueden romper los juguetes voluntariamente.
- Decir en voz alta, secuenciadamente, los pasos que debe ir dando a continuación. Ej.: Ahora, M se va a poner los zapatos, va a ir al baño, se va a lavar las manos, y después va a terminar de recoger los juguetes.
- Para evitar conductas agresivas hacia la terapeuta, juguetes, mobiliario..., se adoptan diferentes medidas según la situación que se esté dando:
 - Durante algunas sesiones se trabaja sin asumir un rol directamente desde el yo auxiliar, utilizando la técnica del doble acompañante, éste se limita a "radiar" como una voz en off, en tercera persona, lo que la paciente va haciendo, devolviéndole sus contenidos algo más estructurados. Ej.: - parece que M está enfadada porque S no quiere hacer lo que ella dice; - parece que a M le gusta mucho jugar a juegos en los que las mamás buscan a sus hijos cuando éstos desaparecen, y se alegran mucho cuando los encuentran...
 - Utilización de objetos intermediarios cuando se intuye una respuesta más violenta por parte de la paciente (se suelen utilizar muñecos de peluche o telas, con las que no puede hacerse, ni hacer, daño).
 - Anticipar la conducta agresiva, verbalizando paso a paso lo que le va a pasar a la paciente a continuación, cómo se está sintiendo, qué respuesta va a dar.
 - Mirar directamente a la paciente a la cara y ayudarle a reconocer quién eres; estar de espaldas a ella, el hecho de que no pueda verte la cara, favorece la agresión.

Fue necesario adoptar medidas de esta índole para poder comenzar a trabajar, de otra manera; aumentaba la tensión de campo, aumentaba la actividad motora, crecían el nivel de nerviosismo y excitación, y se producía un mayor descontrol. Algunas de estas medidas dejaron de ser necesarias con el paso del tiempo, otras se mantienen aunque con menor frecuencia, hasta el momento.

Además de estas medidas, hubo que realizar, al mismo tiempo, un trabajo dirigido a crear un clima de confianza, a crear un vínculo entre paciente y terapeuta que favoreciera "la transferencia especular e idealizadora", a crear "tele".

Normalmente la comunicación se establece desde un rol, la paciente rápidamente inicia el juego y tiende a evitar hablar desde ella misma. Con el objetivo de ir logrando una mayor comunicación desde M y no, exclusivamente, desde un personaje, se mantiene un tiempo de merienda, de esta manera se juega una escena más real y cotidiana que permita hablar de temas propios y reales. Por el momento, la mayor parte de los temas que se tratan tienen que ver más con el día a día. Hasta ahora, sigue siendo un objetivo difícil conseguir que verbalice, en primera persona, escenas referentes a su pasado (nunca, tampoco en casa, ha hablado de ello). En la sesión del 23/6/2003, por medio de un dibujo, consigue hablar de una hermana pequeña, en la narración, en un primer momento, se produce confusión entre si se trata de una hermana o de ella misma, finalmente acaba hablando de ella y de su madre; "mamá se enfadaba y me pegaba en el culo porque me había hecho caca", y de una cuna; "en esta cuna me metía mi mamá cuando era pequeña y de ahí no podía salir".

Al principio era mucho mayor el número de roles jugados de carácter más negativo: madres que pegan, que abandonan; educadores que atan; lobos que atacan; animales que pelean. Mostraba bastante resistencia a la hora de elegir roles más positivos, incluso, necesitaba usar un muñeco que los jugase por ella, en realidad utiliza el muñeco como una prolongación de ella misma, presenta muchas dificultades para utilizar el muñeco a modo de marioneta. Ej.: cuándo comenzó a desempeñar roles propios de madre o padre buenos, que daban de comer, que cuidaban a los hijos enfermos..., utilizaba un muñeco de peluche que hacía de papá o mamá, después de varias sesiones fue ocupando, ella misma, el rol de padre o madre. Antes de que ocurriera esto, el yo auxiliar tuvo que jugar muchas veces estos roles positivos, con muñecos y con la propia paciente, a pesar de que ella buscaba, con su conducta, enfadar al yo auxiliar y que éste tomara una actitud más agresiva.

En general se observa mejoría si al presentar la paciente conductas inapropiadas, respuestas

emocionales desajustadas, etc., el yo auxiliar utiliza la técnica del espejo, imitando su conducta pero llevándola hasta el absurdo. En estas ocasiones, M, suele quedarse mirando al yo auxiliar sorprendida por lo que hace y cambia de dinámica, abandonando la conducta que estaba realizando. De esta forma se ha conseguido parar en bastantes ocasiones la risa exagerada que suele presentar la paciente. De la misma manera la técnica del espejo ha sido muy utilizada para conseguir una identificación por parte de la paciente con la terapeuta y para crear ese clima de confianza del que ya hemos hablado anteriormente, enviándole el mensaje de que en el espacio terapéutico puede hablar o hacer determinadas cosas, que en otro ámbito son reprimidas, sin ser rechazada por ello.

Con la idea de disminuir la confusión entre objeto bueno y malo, siempre que lo permite la situación de juego que M haya planteado, se intenta diferenciar, clara y explícitamente, entre las conductas propias del objeto bueno o las propias del objeto malo. Ej.: en una sesión en la que juega el personaje de serpiente madre, el yo auxiliar va diciendo en voz alta; qué madre más buena es esta serpiente, da de comer a sus crías, las tapa para que no tengan frío... o, ahora ya no es una madre buena porque les grita, les castiga, les pega...

Se repiten muy frecuentemente escenas en las que M elige el rol de oveja o vaca, asignando a la terapeuta el rol de pastor. En estas dramatizaciones, M siempre intenta que la terapeuta le toque los genitales, repite una y otra vez la escena buscando, de diferentes maneras, que se la toque pero sin pedirlo explícitamente. En estas situaciones la terapeuta siempre mantiene una distancia suficiente con el cuerpo de la paciente, manteniendo en todo momento "el cómo sí". La paciente, al ver que no consigue lo que quiere, se muestra más nerviosa e incluso llega a enfadarse porque el yo auxiliar no lo hace como ella espera. El yo auxiliar manifiesta fuera del rol, poniendo voz a sus pensamientos, un mensaje en "off", por Ej.: M quiere que la toque pero no la voy a tocar, es una niña y las personas mayores no tocan a los niños, aunque a M ahora mismo le gustaría que lo hiciera, luego sería mucho peor..., luego adopta de nuevo el rol que tenía asignado y sigue jugando como si nada. En una sesión, tras varios meses de terapia, la paciente, abandona el rol de vaca, jugado en ese

momento, e insiste una vez más en que le terapeuta le toque los genitales, pero esta vez pidiéndolo directamente desde M, se pone bastante fuera de control y se toca ella mostrándole al yo auxiliar como lo tiene que hacer, trata de obligarle por la fuerza acercando las manos de la terapeuta... En un principio ésta trata de utilizar la técnica del doble como se acaba de indicar en las líneas que preceden, pero esta vez no funciona y se va poniendo cada vez más nerviosa, así que le habla directamente, abrazándola para tranquilizarla, poniéndosela en el regazo como si fuera un bebe y explicándole, con cariño, que nunca lo va a hacer, se va relajando poco a poco hasta quedarse muy calmada, parece que el hecho de haberla abrazado ha propiciado que no se sienta tan rechazada. Después de ésta, han transcurrido ya bastantes sesiones y no ha vuelto a pedir que se la toque. En la última reunión con los padres manifiestan que ya no se toca tanto.

sismo va aumentando conforme avanza la semana; aumenta la intención comunicativa con los iguales: al final de curso comienza a establecer una relación de amistad con un compañero; es capaz de cambiar de actividad escolar asumiendo la frustración que esto le supone, al mismo tiempo que aumenta la capacidad de atención y concentración ante las tareas... Consideramos que ha sido un factor determinante, a este respecto, el hecho de que se haya mantenido una relación periódica entre la terapeuta y la profesora de apoyo en el colegio, siguiendo esta última, una línea de trabajo similar a la propuesta en el ámbito terapéutico.

Evolución

Hasta el momento valoramos positivamente la evolución manifestada por la paciente, para ello nos remitimos a los siguientes cambios producidos:

- Respeto de las normas básicas que se fijaron en un principio.
- Mantiene la mirada durante más tiempo.
- Ha aumentado el número de roles positivos jugados.
- Muestra un mayor control ante episodios agresivos, y éstos, son menos numerosos.
- Últimamente, han disminuido las conductas eróticas autoestimuladoras.
- Ha aumentado el nivel de comunicación desde M.
- Respecto al juego: permite, en más ocasiones, que sea la terapeuta la que elija el juego; Ha aumentado el número de juegos en los que hay que conseguir un objetivo mediante un trabajo cooperativo; Ha conseguido jugar a juegos que exigen cambio de roles. No obstante, cuando ella propone sigue prefiriendo jugar escenas: de animales, de mamás e hijos, de médicos,...., etc.
- Desde el colegio, se manifiesta mejoría en la relación con los demás: han podido apreciar una mayor capacidad a la hora de dar y recibir afecto; notan que el día posterior a la sesión está más tranquila, aunque el nivel de nervio-

4.8.4. Cuentos y psicoterapia

Gregorio Armañanzas Ros.

Los cuentos son una buena herramienta en psicoterapia. Tienen que ver mucho con la creatividad y la espontaneidad propia del psicodrama.

Previamente quiero hacer alguna precisión acerca del concepto de cuento. Utilizo este término en sentido amplio. Bajo este término incluyo al cuento con las características clásicas de los cuentos: intemporal, personajes muy arquetípicos, con elementos mágicos, etc. También incluyo historias más concretas, realistas, en tiempo presente, etc. Lo puedo llamar cuento, historia, "imaginemos una situación", etc.

Según la cultura, la edad y la actitud del cliente, el término cuento puede tener un matiz peyorativo: "algo para niños". No obstante el concepto cuento por esa intemporalidad y esas cualidades mágicas nos puede dar otras posibilidades.

En una primera clasificación tendríamos por un lado, los cuentos, leyendas e historias ya existentes y que se traen a la terapia, y por otro, los cuentos que construimos en terapia.

Cuentos ya existentes

Puedo contar en la sesión un cuento o una historia. Es una forma de interpretación o aclaración de lo que trae el cliente.

En el libro "Déjame que te cuente", su autor, Jorge Bucay, utiliza de esta forma los cuentos en terapia. En esta modalidad se dice algo por medio de una metáfora, de una imagen que impacta y se queda.

Por ejemplo, tenemos el cuento "El aprendiz de brujo". Un hombre quiere aprender a ser brujo. Para ello se emplea con un maestro brujo. Por la mañana escucha como su maestro dice las palabras mágicas a la escoba y la fregona, y estas empiezan a limpiar y lo dejan todo perfecto.

El aprendiz repite las mismas palabras al día siguiente y la escoba y la fregona empiezan a limpiar. Pero... siguen y siguen limpiando, echando agua por aquí y por allá y lo dejan todo absolutamente desastroso.

No sabía cómo pararlo. Creyendo que dominaba el arte había, desencadenado fuerzas que no puede controlar. Este cuento me ha impactado a mí acerca del cuidado que debemos tener como terapeutas.

Son pues metáforas que impactan con su imagen. El cliente tiene que hacer un mayor o menor esfuerzo para encontrar el sentido que tiene el cuento y como se aplica a su situación. De ahí pueden surgir interpretaciones por parte del cliente que no tienen nada que ver con lo que impulsó al terapeuta a contarlo.

En terapia el simbolismo del cuento no siempre es el mismo y depende de la situación y/o del simbolismo que le quiera dar el cliente. No nos vale pues aplicar un simbolismo general.

Por ejemplo. Tenemos el caso de Blancanieves. Un simbolismo bastante universal puede ser el que se refiere a la madrastra que en realidad es la madre de Blancanieves y sus celos cuando la hija se pone guapa mientras ella envejece.

Para una situación terapéutica concreta o para un cliente concreto, el significado puede ser otro y debemos tener cuidado de dejar abierta esa posibilidad.

No hay que olvidar que en terapia, la fuerza del cuento narrado está en parte en esa capacidad de impactar con su metáfora, pero fundamentalmente está en la relación terapéutica en la que se produce. No obstante, el cuento tiene un mensaje que va en parte, de inconsciente a inconsciente. En Blancanieves por ejemplo, los niños pueden posiblemente vivir el drama sin ser conscientes de ello.

Los cuentos no son siempre vínculos transmisores de enseñanzas positivas. También pueden transmitir manipulaciones menos saludables.

Un ejemplo. Una madre que inventaba cuentos, la contaba a su hija menor uno en el cual el gatito se iba de casa y tras recorrer mundo volvía a casa con la lección de: "como en casa en ninguna parte". Tiene varias lecturas este cuento, pero teniendo en cuenta la frecuencia con que la hija pequeña es atrapada por los padres para que no se queden solos, puede haber un deseo inconsciente de que la hija se quede en casa.

Cuentos ya existentes aplicados a cursos o talleres

En un contexto de curso o taller el cuento se narra con un simbolismo universal y un mensaje claro para todos.

Aquí utilizamos su fuerza como metáfora. Tenemos el caso del cuento "El paraíso Judío", "El elefante y los ciegos", para ejemplificar lo que es el trabajo en equipo; el de "Los canteros" para ejemplificar la necesidad de entender la tarea para colaborar en el trabajo, etc.

El cliente construye un cuento

Aquí entra en juego la creatividad y la espontaneidad del paciente y la del terapeuta. El cliente puede construir el cuento sólo o con ayuda del terapeuta. La ayuda consiste en preguntar y estimular la narración. Puede ser una pregunta simple: "y ¿qué pasó?", "¿cómo era el palacio?", "¿dónde estaban?", etc. Puede ser

más que eso. Puede ser un diálogo en el cual el terapeuta vaya haciendo comentarios y reflexiones acerca de la situación. En este caso el terapeuta además de estimular va introduciendo códigos interpretaciones que dan la pista del significado de la situación.

Por ejemplo: un paciente inicia una historia protagonizada por un personaje que él llama "Elo". A esto yo respondo: "es decir que ni es él ni es ella, o ¿es las dos cosas a la vez?". Estamos hablando de forma simbólica de la identidad sexual del personaje y a través de ello del cliente.

Puede ser una historia construida por el cliente en la cual no es el protagonista. En algunos casos son personajes en los cuales es obvio para ambos que el protagonista es el cliente.

Podemos trabajar una escena del cuento con técnicas de psicodrama bipersonal o individual: sillas, objetos, etc. Se caldea un lugar fantaseando. Esos lugares tienen tal fuerza y simbolismo que los suelo tener en la mente mucho tiempo después, cuando trabajo con el cliente.

A veces uso este tipo de construcción de historias con clientes muy bloqueados, frecuentemente jóvenes, que tienden a quedar en silencio largo rato. En este grado de participación con pacientes muy resistentes, el terapeuta debe poner un límite a su participación pues puede acabar contando su propio cuento y no el del cliente.

Frecuentemente lo utilizo con niños. Podemos partir de un dibujo que haya o hayamos construido. Se pueden utilizar marionetas para su construcción.

Sugerir el construir una historia requiere intuir cuando el cliente está preparado para ello. Requiere un caldeamiento de la relación terapéutica de modo que se sepa que eso es posible. Requiere manejar elementos de espontaneidad y creatividad. Algunos clientes muestran una gran creatividad a través de los sueños que narran pero no pueden "soñar despiertos" en la sesión construyendo historias.

Los cuentos son como las máscaras que ocultando a la persona, la muestran de otra forma. Se pueden comunicar cosas muy serias, quedando siempre el recurso de que "sólo es un cuento".

5. Talleres

5.1. Taller inaugural

Trabajar con la cultura es trabajar con la identidad: el trabajo intercultural con grupos

Dr. Jorge Burmeister

Salamanca, corral de las iglesias y de las piedras eternas erigidas hacia el cielo. Dentro de una sala muy bella con paredes pintadas del siglo XVI, se reunieron alrededor de 300 personas, la mayoría estudiantes, para abrir la conferencia con un workshop intercultural. A partir de una sociometría "enorme" el caldeamiento condujo al grupo a desarrollar escenas pequeñas de la vida típica de España. La creatividad y la alegría de expresarse en el juego se unían al esfuerzo de transmitir algunas verdades socioculturales auténticas. Al final de la sesión se tocó aún el tópico más doloroso de la historia actual de España: el conflicto vasco. Evocaba tanta emoción que algunos participantes se creyeron que era una manipulación de "los otros". Para mí, al revés tal proceso demuestra la alta confianza que el grupo largo había desarrollado y que permitía investigar diferentes posiciones del conflicto. Al final todo se resolvió de una manera brusca y con dudas aún. Me gustaría mucho si continuárais la exploración del tema con medios del socio y del psicodrama. Al final sólo hubo una señora, con los pájaros de la catedral que me escribió un poema regalándomelo.

5.2. Taller introductorio al psicodrama

Déspina Xanthopoulou.

Psiquiatra psicoterapeuta, Universidad Central de Venezuela. Estudiante del cuarto nivel de Formación en Psicodrama en el Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama (Madrid).

El Psicodrama es un método de psicoterapia profunda grupal desarrollado por el psiquiatra nacido en Rumania y de origen judío, Jacobo Leví Moreno a partir de la creación del Teatro de la Espontaneidad, del cual comenta "allí ví de nuevo claramente las posibilidades terapéuticas que existen en la liberación de situaciones conflictivas anímicas al representarlas, al vivirlas activa y estructuradamente". Este método está constituido por cinco instrumentos: el protagonista, el (los) yo auxiliar (es), el director psicodramático, el escenario y el público y, se desarrolla en tres fases, a saber, el caldeamiento, la dramatización y el compartir o eco grupal, pudiendo llegar o no a la catarsis de integración. Moreno también trabajó con niños (jardines de Viena) y de ello comenta que todo ser humano es espontáneo y creativo, pero que a través de las conservas culturales (repetición de roles de manera que se tornan estereotipados), se merman estas características. De su trabajo con minorías sociales surgen conceptos como mediciones sociométricas, el tele, etc.

Este taller constará de un breve resumen de lo que es el psicodrama, su origen, sus instrumentos, fases, técnicas básicas, así como conceptos fundamentales como son la "acción", la espontaneidad, las matrices, teoría de los roles, el átomo social, las conservas culturales, el tele, la catarsis, el encuentro. Posteriormente se procederá a la presentación del grupo e inmediatamente se entrará "en acción", a través de un caldeamiento y una dramatización, que serán determinados conforme vaya emergiendo la necesidad del grupo en el aquí y ahora. Finalmente se concluirá con el "eco grupal".

Bibliografía

Población, Pablo. "Apuntes de Psicodrama". Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama.

Moreno, J.L. "Psicodrama". Hormé. Buenos Aires, 1978.

Población, Pablo. "Teoría y práctica del juego en psicoterapia". Fundamentos. Madrid, 1997.

Resultado

A través del taller puse en práctica la tan mencionada espontaneidad, porque a pesar de que había preparado el taller a partir de los conceptos básicos de psicodrama, los cuales están mencionados en mi resumen, todo lo que salió en el taller no fue preparado, iba saliendo en la medida que todo el grupo iba planteando sus expectativas, sus temores, ajustando las mismas a las fases del grupo que plantea en su formación Pablo Población.

Fue un grupo sumamente colaborador, que aportó una excelente matriz para el trabajo psicodramático. El único inconveniente fue el tiempo, no pudiendo completar uno de los ejercicios planteados. Traté de explicar algunos conceptos de psicodrama en correlación con los juegos y ejercicios realizados, no pudiendo completar los que hubiésemos querido que le quedaran a la audiencia. Igualmente me sentí muy satisfecha de conocer a tantos autores cuyas lecturas fueron asignadas en mi formación psicodramática, la cual culmina este año y, de apreciar su sensibilidad y habilidad terapéutica.

5.3. Ser valioso y autovalorarse

(taller vivencial de autoestima)

Juan Carlos Di Pane y María Eugenia Martínez
de la Puente
Psicólogos

Introducción

¿De qué hablamos cuando hablamos de autoestima? Este se ha convertido en un vocablo muy popular en la actualidad. Pero es cierto que no siempre es utilizado de manera correcta. Frecuentemente se confunde a la persona de autoestima alta, con sujetos vanidosos o narcisistas. En otros casos, se emplea el término relacionándolo con fenómenos que, si bien están íntimamente ligados a la autoestima, al usarlos como sinónimos, simplificamos y parcializamos demasiado su alcance. En otras palabras, cuando decimos que una adecuada autoestima es equivalente a quererse a uno mismo, o que es igual a respetarse, o conocerse, confundimos las partes con el todo. Tener una adecuada autoestima implica eso, pero es mucho más...

Si comenzamos por analizar la palabra, nos encontramos con que "autoestima" está formada a su vez por dos términos auto y estima¹. El primero (auto) hace referencia al "yo" al "sí mismo", mientras que el segundo es un vocablo muy interesante, factible de ser interpretado según sus dos acepciones. Por un lado estima hace referencia al sentimiento, al cariño, mientras que por otro, vemos que la misma palabra es sinónimo de valor. De esta manera si nos ciñésemos solo a la interpretación literal del término, nos encontramos con que autoestima significa: Quererse a sí mismo, y valorarse a sí mismo. Claro que quererse y sentirse valiosos desemboca en otra serie de características que también quedan inexorablemente ligadas a la autoestima.

Una persona que se siente valiosa, confía en sí misma para elaborar y concretar sus proyectos. Cada uno de nosotros tiene un juicio sobre las propias habilidades para enfrentar las diferentes problemáticas que la vida nos plantea. Nuestra autoestima refleja ese juicio y nuestra capacidad para respetar y defender nuestra felicidad.

Desarrollar estas cualidades para poder alcanzar un nivel óptimo de autovaloración implica que nos hemos dado cuenta del valor que cada uno de nosotros posee y nos hace dignos por el solo hecho de ser humanos. Y si bien esto puede resultar obvio para algunos, son muchas las personas que sufren por no reconocerse como valiosas.

Este taller, pretende ser un disparador para que cada persona que quiera vivir la experiencia, logre darse cuenta de sus posibilidades y así comience a preguntarse: "que podría lograr yo, si cada día me propusiera autoaceptarme un poco más, aprendiese a dictar mis propias normas, a ponerle límites adecuados a los demás, a sentirme orgulloso de mí y de mis logros, sin experimentar la culpa porque la gente también me reconozca", y a partir de ello proponerse estrategias para el cambio y el crecimiento personal.

Para ello reformulamos y engarzamos una serie de ejercicios vivenciales creados por reconocidos autores y terapeutas, tales como John Stevens, Jorge Bucay y Nathaniel Branden, que facilitan la reflexión y ampliación de los temas a desarrollar y contamos especialmente con la riqueza que le aportará a esta experiencia el valor de cada uno de los participantes.

1. Bucay, Jorge: "De la Autoestima al Egoísmo", 1999.

Desarrollo

En primer lugar, comenzaremos por reflexionar sobre nosotros mismos, sobre como somos, o mejor dicho, sobre como nos sentimos con nuestra manera de ser aquí y ahora. Como medio para esto, proponemos realizar el ejercicio de "Identificación con un Rosal"². El mismo, facilita que a través de nuestra fantasía, visualicemos muchos aspectos de nuestro ser, de los cuales no somos conscientes todo el tiempo, al menos, no de todos a la vez.

Para llevar a cabo la experiencia, recomendamos (pero no es condición necesaria) colocar música instrumental lenta en un volumen bajo, para ayudar a relajarnos y a ambientar la vivencia(*):

"Comience por ponerse bien cómodo, y de ser posible tendido de espaldas. Cierre los ojos y tome consciencia de su cuerpo... Aleje su atención de hechos externos, de todo lo que le pueda perturbar, lo haya vivido en el pasado o momentos antes de comenzar este ejercicio. Dese cuenta de lo que está sucediendo dentro de usted... percátese de cualquier incomodidad y vea si puede lograr una posición más confortable... ¿Cuáles son las partes de su cuerpo que aún emergen a su consciencia? ... ¿y cuales son las que aún le parecen vagas e indistintas?... si alguna parte de su cuerpo todavía se encuentra tensa, vea si puede soltarla... si no, trate de tensar deliberadamente esa parte, para darse cuenta de cuales son los músculos que está tensando... y luego vuelva a soltar, repitiendo esto hasta que sienta que ha logrado relajarse. Ahora, centré su atención sobre su respiración... Sienta el aire entrar por su nariz ... Siéntalo bajar por su garganta... Sienta como llena sus pulmones y como mueve su abdomen mientras respira... sienta como vuelve, vaciando el tórax y sale por su nariz o por su boca... ahora imagine que su respiración es como suaves olas en la playa y que cada una de esas olas lava suavemente su cuerpo de cualquier vestigio de tensión que quedaba en él, relajándolo más aun... Dese cuenta ahora de cualquier pensamiento o imagen que entre en su mente... Solo

dese cuenta de ellos... ¿Qué son?... ¿Cómo son?... De repente ve como esos pensamientos e imágenes se transforman en esferas de luz que giran a su alrededor... frente a usted tiene un gran frasco de vidrio... imagine ahora que toma a cada uno de esos pensamientos e imágenes y los coloca dentro de ese frasco, lo tapa, no los deja salir porque desea observarlos... Examínelos... ¿Cómo son estos pensamientos e imágenes?... ¿Qué hacen cuando usted los observa? ... Si más imágenes y pensamientos penetran en su mente, vaya colocándolos en el frasco a medida que surjan, y también obsérvelos de la misma manera... vea que puede aprender de ellos... ahora tome el frasco, destápelo y vierta su contenido, todos los pensamientos e imágenes... Observe como se vierten y desaparecen y el frasco queda completamente vacío...

Ahora me gustaría que usted se imagine qué es un rosal y descubra cómo es ser un rosal... Sólo deje que su fantasía se desarrolle sobre si misma y vea que puede descubrir acerca de ser un rosal... ¿qué tipo de rosal es usted? ... ¿Dónde está creciendo?... ¿Cómo son sus raíces?... ¿En qué tipo de suelo está enraizado?... Dese cuenta si puede sentir sus raíces creciendo en la tierra... ¿cómo es su tronco?... ¿Y cómo son sus ramas? ... ¿Tiene o no flores? ... Si las tiene ¿cómo son y cómo se siente respecto de ellas?... Si no las tiene ¿Por qué? ... ¿Tiene o no tiene espinas? ... Descubra todos los detalles de ser el rosal que es... ¿cómo son sus alrededores? ... ¿Cómo es su vida siendo este rosal? ... ¿Qué experimenta y que le sucede cuando cambian las estaciones? ... ¿Cómo vive el verano? ... ¿Cómo vive el otoño? ... ¿Cómo vive el invierno? ... ¿Y cómo lo hace con la primavera? ... Continúe descubriendo aun más detalles de su vida como este rosal, ¿Cómo se siente con su vida y que le sucede?. Permita que su fantasía continúe por un momento... dese cuenta de cuales son los aspectos de ser este rosal que se asemejan a usted mismo en su vida cotidiana..., por ejemplo, en que se parece la forma de vivenciar los cambios de este rosal y la manera en que lo hace Ud. en la realidad, o si ha sentido sensación de estancamiento mientras es este rosal, ¿encuentra alguna relación con su sensación cotidiana? ... Dese cuenta de qué otras similitudes encuentra entre usted, en su vida cotidiana, y el rosal que es ahora, por ejemplo: Cómo se relaciona con el ambiente que lo rodea... ¿necesita el apoyo

1. Stevens, John: "El Darse Cuenta", 1971.

(*) a continuación exponemos "una * forma de dirigir este ensueño, basado en el ejercicio que aparece en el trabajo de Stevens, pero adaptado al resto de los ejercicios del taller.

ambiental? ... ¿Lo recibe? ... O siente que con apoyarse en usted mismo le basta... ¿cómo se enfrenta a las barreras o a las frustraciones? ...

En un momento, abrirá los ojos, y regresará a la situación que estamos viviendo aquí y ahora. Si se encuentra haciendo este ejercicio con otro u otros compañeros, expréseles su experiencia de ser este rosal... relátela en primera persona del presente, como si estuviese sucediendo ahora. Es importante que mientras transmita su vivencia, elija a una o a varias personas a quien contársela, los mire y se comunique con ellos, pero no lance solamente palabras al aire de manera impersonal. Tanto si está acompañado o ha elegido realizar la identificación solo, le pido que, una vez expresada la vivencia de ser un rosal, siga manteniendo presente todo lo que la misma ha despertado en usted durante el resto del taller, para poder aplicar sobre esos sentimientos las nuevas experiencias que vamos a compartir...

Cuando se sienta preparado abra los ojos y exprese su experiencia de ser un rosal..."

Ahora nos adentraremos propiamente al análisis de aquellas características que dan cuenta de una adecuada autoestima. Le pedimos que, en la medida en que vayamos conociéndolas tenga siempre presente cómo se reflejan en usted siendo este rosal, y de ser posible, también como se manifiestan en la persona que es cada día. Todos poseemos autoestima. Siempre, aunque sea en un grado muy bajo, todos la poseemos. Por eso es imposible que alguien no tenga en mayor o en menor proporción al menos alguna de las características que consideraremos a continuación. Lo importante es que sepamos identificarlas en nosotros mismos, y a partir de eso darnos cuenta como se manifiesta en nuestra persona. De no estar satisfechos con esto, reflexionemos sobre qué sería de nosotros si nos propusiéramos cambiar la situación, y qué cosas tenemos que hacer para lograr ese cambio..

Jorge Bucay³ utiliza un juego de palabras muy interesante para explicar en que consiste la autoestima. Él toma, precisamente, el término valor y lo transforma en una sigla, en la que cada una de las iniciales corresponde a un vocablo que sintetiza diferentes características

pertenecientes al concepto en cuestión. Así, la sigla V.A.L.O.R. estaría conformada por las siguientes palabras: Verdadero, Autónomo, Limitante, Orgulloso, Receptivo.

Verdadero

Hace referencia a que un sujeto con adecuada autoestima se autoacepta verdaderamente, se permite ser auténticamente quien es, porque entiende que para ser valioso hay que empezar por ser verdadero.

Podría interpretarse esto como que debemos aceptar que somos lo que somos y desistir de todo intento de cambio. Pero nada más lejano a la realidad. La autoaceptación de todo lo que somos, nuestros defectos y nuestras virtudes, es la condición previa indispensable para que surja algún cambio. Esto nos ayuda a ser más conscientes del origen y el para qué de nuestras elecciones y acciones, lo que favorece nuestro desarrollo, en lugar de frenarlo.

→ Ejercicio para reflexionar: teniendo siempre presente la experiencia de ser un rosal, y los sentimientos que la misma haya despertado sobre usted, le proponemos que tome un bolígrafo y un papel en el cual escribirá de seis a diez finales a la siguiente frase incompleta en el menor tiempo posible (no piense los finales, escriba lo más rápidamente posible las respuestas, sin detenerse a pensar si se ajustan adecuadamente a usted o no):

• Si yo lograra autoaceptarme un poco más cada día ...

Deténgase unos minutos a reflexionar sobre los finales que ha escrito, y dese cuenta que es lo que siente respecto de cada uno de ellos... ¿se siente identificado?. Ahora sobre el mismo papel escriba nuevamente de seis a diez finales a la siguiente frase incompleta, siga los mismos parámetros con los que se guió para realizar la anterior:

• Para autoaceptarme un poco más cada día, yo puedo...

Reflexione también unos minutos sobre estos finales...

Autónomo

Evoca el concepto de libertad. La palabra autónomo se compone de auto: propia, y nomo: que en este caso no implica la acepción de "nombre", sino la de "norma". O sea que signi-

3. Bucay, J.: Op. Cit.

fica "propias normas". Por lo tanto una persona con adecuada autoestima se siente libre de fijar sus propias normas y por ende se sabe responsable de las mismas, y de las consecuencias de lo que elige hacer. En resumen y según el decir de Nathaniel Branden "afronta la responsabilidad de su propia existencia".

→ Ejercicio para reflexionar: teniendo siempre presente la experiencia de ser un rosal, y los sentimientos que la misma haya despertado sobre usted, le proponemos que tome un bolígrafo y un papel en el cual escribirá de seis a diez finales a la siguiente frase incompleta en el menor tiempo posible (no piense los finales, escriba lo más rápidamente posible las respuestas, sin detenerse a pensar si se ajustan adecuadamente a usted o no):

- Si yo lograse vivir según mis propias normas ...

Deténgase unos minutos a reflexionar sobre los finales que ha escrito, y dese cuenta que es lo que siente respecto de cada uno de ellos... ¿se siente identificado?. Ahora sobre el mismo papel escriba nuevamente de seis a diez finales a la siguiente frase incompleta, siga los mismos parámetros con los que se guió para realizar la anterior:

- Para vivir según mis propias normas, solo tengo que...

Reflexione también unos minutos sobre estos finales...

Limitante

Implica la capacidad de poner límites. Que una persona sea limitante no quiere decir que se aisle de los demás, sino que es capaz de darse un lugar en el mundo y al determinar esa zona privada como "su territorio" puede establecer desde allí el respeto de los otros, porque "se siente respetable".

Ponerle límites a los demás implica principalmente no permitirles que nos definan y que orienten nuestras vidas según sus términos. Dejar que alguien nos influya de tal manera con sus críticas es igual a aceptar implícitamente que el otro sabe más de uno que uno mismo y esto es más que improbable. Al mismo tiempo el ser limitante ayuda a la persona a relacionarse de una mejor manera con los demás porque más allá de saberse y sentirse respetado por ellos, es consciente de que debe respetar los límites establecidos por los otros.

→Ejercicio para reflexionar: teniendo siempre presente la experiencia de ser un rosal, y los sentimientos que la misma haya despertado sobre usted, le proponemos que tome un bolígrafo y un papel en el cual escribirá de seis a diez finales a la siguiente frase incompleta en el menor tiempo posible (no piense los finales, escriba lo más rápidamente posible las respuestas, sin detenerse a pensar si se ajustan adecuadamente a usted o no):

- Si les pusiese límites adecuados a los demás...

Deténgase unos minutos a reflexionar sobre los finales que ha escrito, y dese cuenta que es lo que siente respecto de cada uno de ellos... ¿se siente identificado?. Ahora sobre el mismo papel escriba nuevamente de seis a diez finales a la siguiente frase incompleta, siga los mismos parámetros con los que se guió para realizar la anterior:

- Para ponerle límites adecuados a los demás, solo tengo que...

Reflexione también unos minutos sobre estos finales...

Orgullosa

La persona con una autoestima adecuada está contenta de ser quien es. Ha aceptado que le pertenecen tanto sus virtudes como sus defectos y está orgullosa de ellos porque lo definen como ser humano. Muchos pueden confundir esta actitud con la del ególatra que se cree el centro del universo y considera que la vida de todos debe girar a su alrededor. Pero querer ser a uno mismo es muy distinto a esto, puesto que el hecho de respetarme y hacerme respetar me sirve como parámetro del amor y el respeto hacia los demás.

→ Ejercicio para reflexionar: teniendo siempre presente la experiencia de ser un rosal, y los sentimientos que la misma haya despertado sobre usted, le proponemos que tome un bolígrafo y un papel en el cual escribirá de seis a diez finales a la siguiente frase incompleta en el menor tiempo posible (no piense los finales, escriba lo más rápidamente posible las respuestas, sin detenerse a pensar si se ajustan adecuadamente a usted o no):

- Si me permitiese sentirme orgulloso de mí y de mis logros, yo...

Deténgase unos minutos a reflexionar sobre

los finales que ha escrito, y dese cuenta que es lo que siente respecto de cada uno de ellos... ¿se siente identificado?. Ahora sobre el mismo papel escriba nuevamente de seis a diez finales a la siguiente frase incompleta, siga los mismos parámetros con los que se guió para realizar la anterior:

- Para sentirme orgulloso de mi mismo, yo... Reflexione también unos minutos sobre estos finales...

Receptivo

Esta cualidad alude a la capacidad de aceptar el reconocimiento del medio. En otros términos quien es receptivo se sabe digno de recibir todo aquello positivo que venga de afuera y que le ayude a crecer como persona, sin sentir culpa por ello.

→ Ejercicio para reflexionar: teniendo siempre presente la experiencia de ser un rosal, y los sentimientos que la misma haya despertado sobre usted, le proponemos que tome un bolígrafo y un papel en el cual escribirá de seis a diez finales a la siguiente frase incompleta en el menor tiempo posible (no piense los finales, escriba lo más rápidamente posible las respuestas, sin detenerse a pensar si se ajustan adecuadamente a usted o no):

- Si pudiera aceptar el reconocimiento de los otros sin sentirme culpable, yo...

Deténgase unos minutos a reflexionar sobre los finales que ha escrito, y dese cuenta que es lo que siente respecto de cada uno de ellos... ¿se siente identificado?. Ahora sobre el mismo papel escriba nuevamente de seis a diez finales a la siguiente frase incompleta, siga los mismos parámetros con los que se guió para realizar la anterior:

- Para aceptar el reconocimiento de los otros sin sentir culpa, yo... Reflexione también unos minutos sobre estos finales...

Conclusión

Hemos dedicado un momento a mirarnos dentro, a observar nuestra actitud ante la vida, ante los demás y ante nosotros mismos; a repensar, para reorganizar tal vez, la forma en que nos relacionamos con nuestro entorno. Lo realmente importante de este ejercicio es darse cuenta que está solamente en nuestras manos, comenzar los cambios pertinentes para que ese valor verdadero, que todos nosotros tenemos,

aflore indiscutiblemente, sin obstáculos externos o internos...

La identificación con un rosal nos ha servido de excusa para ahondar en nuestra vida a través de la fantasía, pero lo que debemos rescatar de la experiencia, es que todas aquellas cosas que hayamos visto de nosotros mismos reflejadas en este rosal que hoy hemos sido, las podemos cambiar, mantener o mejorar en la realidad. Es cierto, comenzar ese cambio asusta, y la primera pregunta que se nos viene a la cabeza es: ¿Pero... cómo?, Pues solo tienen que releer los finales que escribieron a cada una de las segundas frases inconclusas que propusimos en los diferentes "ejercicios para reflexionar". Sí, las respuestas estuvieron siempre dentro de nosotros mismos... ya conocemos algunas, ahora solo resta empezar. Tenemos el cómo, el cuándo también deberemos decidirlo.

Bibliografía

Branden Nathaniel: "Como mejorar su autoestima". Ed. Paidós. 4ª Edición. 3ª reimpresión 1991.

Branden Nathaniel: "Los seis pilares de la autoestima". Editorial Paidós. 1ª Edición. 1995.

Bucay Jorge: "De la autoestima al egoísmo". Editorial Nuevo Extremo. 1ª Ed.. Mayo de 1999.

Bucay Jorge: "Recuentos para Demián". Editorial Nuevo Extremo. 2ª Edición 1998. 1ª Reimpresión.

Jaumeandre Gaja Raimon: "Bienestar, autoestima y felicidad. Una guía para alcanzar la estabilidad psíquica y la madurez personal". Editorial Debolsillo. 1ª Edición. Mayo 2001.

Stevens John: "El Darse Cuenta". Cuatro Vientos Editorial, Buenos Aires 2001.

Valoración de los coordinadores del taller

Desde nuestro rol de coordinadores son variadas las apreciaciones que podemos aportar. En primer lugar, no podemos dejar de agradecer a todos los concurrentes por habernos sorprendido gratamente, al superar de forma tan amplia nuestras expectativas, tanto en lo referente al número de participantes, como a la calidad de dicha participación.

5.4. Psicodrama y escenas literarias

Francisco Delgado

No es ningún secreto que se requieren determinadas variables respecto del contexto, para que un taller se lleve a cabo exitosamente. Y si bien algunas de estas variables (número de participantes, iluminación, lugar físico) no eran las idóneas, el grupo en general supo sortear satisfactoriamente los obstáculos imprevisibles que se presentaron durante el transcurso de la tarea.

Apreciamos un alto nivel de motivación en general, así como de capacidad de reflexión sobre las posibilidades de aplicación de este modelo de taller sobre autoestima en otros grupos y situaciones, y también acerca de las propias vivencias disparadas por la actividad propuesta. Nos gustó que algunos de los participantes expresaran sus desacuerdos o dudas sobre nuestra visión de la autoestima y la manera en que encaramos el taller; pero sobre todo que tantos estuvieran dispuestos a compartir las vivencias tan personales que las técnicas usadas lograron movilizar en ellos.

En cuanto al desempeño de nuestra labor, somos conscientes y nos hacemos cargo de que hubieron algunas falencias y pedimos disculpas por ellas. Pero en general, la evaluación que podemos hacer acerca de la experiencia en su conjunto es muy buena, nos encantó el grupo con el cual trabajamos y en todo momento nos sentimos respaldados por el resto de la organización del Congreso. No nos queda más que agradecerles a todos la participación, el apoyo, las ganas y el afecto...

¡Gracias por la oportunidad y hasta la próxima!

Resumen del desarrollo del taller

- a) Preparación de la escena: Después de la lectura y comentarios del resumen del argumento de *Lazarillo de Tormes*, y de situar la experiencia siguiendo la línea de investigación de Moreno con sus trabajos sobre teatro espontáneo, centramos nuestro trabajo psicodramático en una escena del relato: La última escena, tragicómica, que aparece al final, con los siguientes personajes: Lázaro de Tormes- El Arcipreste- la manceba del Arcipreste que es a la vez la mujer de Lázaro.
- b) Desarrollo espontáneo de la escena, introduciendo también otro "personaje": el qué dirán, los rumores, personificado en un grupo de yo-auxiliares. Un comentario sobre esta dramatización: la felicitación de todo el grupo por la capacidad de representación e insight de todos los personajes, encarnados todos ellos curiosamente, por psicodramatistas toledanos o que actualmente residen en Toledo. Chapeau para ellos!!!
- c) Feedback grupal y conclusiones: de nuevo el grupo, en su sabio proceder, hace aparecer aspectos ocultos de la escena y el relato manifiestos, tanto a través de la representación como en el análisis posterior; por ejemplo, los aspectos homosexuales latentes en la relación Lázaro de Tormes- Arcipreste, punto de vista que apenas ningún investigador había logrado percibir.
- d) En síntesis: la representación psicodramática es un instrumento privilegiado también en la investigación de textos literarios.

5.5. ¿Cómo influye mi cultura al dirigir grupos de psicodrama?

Pablo Álvarez Valcarce
*Profesor de terapia de grupo en la especialidad de psicología clínica (U.A.M.)
 Grupo de estudios de Psicodrama de Madrid*

Investigación psicodramática de las influencias de las fases ideológicas de las matrices familiares y sociales de los terapeutas, en sus funciones de investigadores sociales como directores de psicodrama.

El taller iba dirigido a directores de Psicodrama. Después de un caldeamiento inespecífico, en base a juegos corporales e improvisaciones dramáticas, fueron elegidos tres emergentes vinculares concretizados en tres protagonistas. Cada uno eligió a un director. Así teníamos a tres directores dirigiendo simultáneamente tres escenas distintas en espacios separados. Al terminar se procesó el material desde el rol de director analizando la relación de la forma de dirigir psicodrama de cada director con su historia cultural y sociofamiliar. Se pudieron comparar los tres estilos distintos de dirigir en relación a la diversidad cultural de los tres directores. El grupo todo de participantes trabajó de manera muy organizada, con alto nivel sociogenético y la función del coordinador del taller como presencia acompañante.

5.6. No digas que fue un sueño

Fernando Dominguez Inchaurrondo.
Director de la "Escuela de Psicodrama de Barcelona".

Trabajaremos con escenas donde evidenciamos el mecanismo Inconsciente descrito por Freud como "desplazamiento". Trataremos de experimentar vivencialmente de qué manera este mecanismo está permanentemente activo en ese "medio soñar que es la vigilia en oposición del todo soñar que es estar dormido" (Lacan). El psicodrama es un instrumento privilegiado para este propósito.

Palabras claves

- inconsciente
- desplazamiento
- evidenciar
- psicodrama.

Objetivos

Evidenciar en forma vivencial a través del psicodrama el mecanismo del desplazamiento y su omnipresencia en el psiquismo humano.

Marco Teórico: psicodrama psicoanalítico.

5.7. Presentación del vídeo: Jacob Levy Moreno: sua vida e suas musas

Vídeo dirigido por Marco Maida (Brasil)
Presentado por Jose Antonio Espina Barrio

A los pocos meses de su presentación mundial en Buenos Aires, tuve el privilegio de presentar el vídeo de Marco Maida en Salamanca. La sala era idónea y los medios, una gran pantalla de vídeo con buen sonido, los más apropiados. También la hora resultaba propicia. La fatalidad es que el vídeo se presenta en inglés con subtítulos en portugués y los españoles, qué perdimos la sana costumbre de ver una película en versión original, somos reacios a entrar en la Torre de Babel. La coincidencia con otros talleres más activos y menos exigentes hizo que en la sala estuviéramos unos pocos. Eso sí, bastante escogidos, entre ellos dos profesores de la Universidad de Barcelona y una portuguesa que tuvo la fatalidad de adquirir el vídeo en Argentina en la versión americana.

Lo que los numerosos estudiantes asistentes al congreso se perdieron, fue un espléndido trabajo sobre la vida y la obra del fundador del psicodrama, íntimamente unidas a él y a sus musas. La aproximación es al hombre y no al mito. Por eso se detallan sus logros, impresionantes, pero también sus carencias. El abandono de su amante en Austria. El endiosamiento con su segunda esposa, la primera fue un matrimonio de conveniencia que ni siquiera se nombra, en América. El afán de protagonismo y acaparamiento de la creación de una de sus más íntimas colaboradoras. La expansión del Psicodrama, catalizada por su tercera esposa, Zerka, que produjo como efecto secundario una sensación de abandono de alguno en sus hijos, ampliamente documentada, a pesar de que los Moreno llevaron una tercera persona a su hogar para que cubriera sus ausencias y viajes, Grete Leutz. Puede parecer una situación extraña, pero es muy habitual en aquellos

grandes personajes públicos que han llegado muy alto y en los que su hogar no refleja la grandeza de su obra. Este hecho fue el que más impactó a la audiencia, aunque para mí no es lo fundamental del vídeo. A mi me conmovió más ver a Florence y a Zerka hablar de Moreno, también a los hijos hablar de su padre y a Grete comentar los últimos momentos de Jacob Levy Moreno, solicitando oír los poemas de las "Palabras del padre" en su lengua materna, el alemán.

Elección que les ahorro, para que no abandonen la lectura, y finalizo con la transcripción, en su versión en español, de un poema del libro citado, escogido al azar, como suelo hace en los talleres que doy sobre Psicodrama y Poesía.

"Los que figuren en Mis canciones
Aparecerán también en Mi danza:
Los que participen en Mi dolor
Participarán también en Mi dicha.
Los que estén más cerca de Mí
Serán también los más remotos.
Los que estén presentes en Mi nacimiento
También presenciarán Mi sepultura.
Los que estén en Mi silencio
Estarán también en la eternidad Conmigo."

5.8. El descubrimiento de la sexualidad en el teatro de la vida

Esperanza Fernández Carballada y
Marisalva Fávero Fernández
(ISMAI)

Nuestra historia sexual es algo interno y propio aunque su construcción dependa también de la relación con el otro. Es a través de la sexualidad que nos identificamos como mujer, hombre, homosexual, heterosexual, bisexual. Nuestra sexualidad puede ser un devenir de acontecimientos, de escenas, de responder a nuestros deseos, pero también, una forma de sentirse en la vida.

Nos planteamos trabajar en el taller, a través del psicodrama interno, el conocimiento de nuestro pasado sexual, retrocediendo a escenas que libremente nos vengan de años anteriores, desde la infancia, en distintos contextos. Pero también ilusionarnos con nuestro futuro comportamiento de la vivencia sexual. Replantearnos las escenas que nos gustaría que se dieran, plantearnos preguntas como ¿qué libertad tengo?, ¿qué miedos para intentar, pedir, hacer...? ¿qué me faltó? ¿qué pasó?, ¿qué..?

El trabajo es interno. El grupo compartirá su multiplicidad. Se motivará la vivencia personal; y se cuidará la intimidad personal y grupal; se buscarán soluciones a la frustración...

En el teatro de la vida cada uno escribe su historia.

Resultado del taller.

En el taller "El Descubrimiento de la Sexualidad en el Teatro de la vida" se cuidó desde un principio buscar un lugar agradable y cómodo para poder guiar al grupo y a cada uno a un estado de relax y búsqueda interna del propio desarrollo sexual: ¿cómo habían sido las experiencias de cada uno en su infancia?,

¿Cómo le tocaban sus padres?, ¿De qué manera le han expresado afecto?, ¿Qué experiencias sexuales han tenido con sus iguales?, ¿Cómo estoy con mi cuerpo, mis deseos, sensaciones, realizaciones, como estoy con el otro?...y el futuro: ¿Cómo me veo?, ¿Cómo quiero estar?.

Todo lo anterior trabajado con los ojos cerrados, con un ritmo lento y buscando la mayor profundidad.

Se pasó a un segundo momento en el que en grupos se compartía lo que consideraran que podían y querían compartir, buscando una escena grupal con la que dieran a conocer al resto lo que entre ellos habían tratado, escenas que luego representaron.

Comenzaron por las diferentes sensaciones que se daban después de realizar por primera vez el amor, hasta la tan comentada situación de la falta de acuerdo en la satisfacción del deseo del otro, las confusiones, los miedos, los fantasmas, etc.

Se pasó a un tercer momento en el que se compartía con el grupo verbalmente situaciones curiosas, por ejemplo: ¿sí es mi amigo/a y yo quiero un encuentro sexual? ¿Será o no posible?, como podré hacer para que esta relación no acabe en ser mi mejor amigo/a, se llegaron a situaciones concluyentes "habla menos y haz más" con ritmos más sonoros y rítmicos en lenguaje brasileño

Por último se colocaron algunas esculturas con las que se deseaba plasmar lo que deseáramos en el futuro por citar algunas: se referían al deseo de conseguir que se acercasen a él

5.9. Test proyectivo psicodramático

Ernesto Fonseca Fábregas

todas las que deseaba, esto provocó alguna resistencia, etc.

Conclusión es difícil definirla pero podemos señalar el deseo de todos de conseguir amor, cariño, contactos, ilusiones. Una de las psicodramatistas que conducía el taller, comentó la posibilidad de terminarlo cantando " la vida se va acabar, así que si me has de querer te tienes que apresurar" pero no se llegó a cantar, el mensaje estaba claro.

La conducción del taller fue compartida por el modelo brasileño de unidades casadas, era la primera vez que trabajaban juntas las dos psicodramatistas, aunque si había una gran amistad entre ellas y se logró una buena coordinación.

La asistencia al Taller fue numerosa, calculo una treintena de personas, la mayoría estudiantes, media docena de profesionales entre los que estaba el Dr. Fernando Vieira, actual Presidente de la Sociedade Portuguesa do Psicodrama. De entrada hice una exposición gráfica (psicodramática) de mi concepto de Conflicto Psicológico, ejemplo que recogí de la Psicología experimental e hice unas imágenes para que se pudiera entender la Incomunicación que aparece entre Paciente-Cliente / Terapeuta, dada por un lado por la diferente imagen (concepto) que se tiene de las Emociones (que expresa el paciente) y por otro por la diferente Decodificación que tenemos los seres humanos entre nuestro Subsistema Social y nuestro Subsistema Social. Estas aclaraciones fueron seguidas con gran interés y fueron agradecidas al final del Taller como muy esclarecedoras. A continuación pasé a explicar la tercera sesión de mi Test Proyectivo Psicodramático (T.P.P.), el Monigote, tal como lo estamos pasando en la actualidad. Salieron ocho voluntarios de los cuales emergieron cuatro (4) que pudieron, en varias etapas, confeccionar un monigote no personal (cada etapa del mismo Monigote era construido por cada uno de los cuatro emergentes), para no implicarlos emocionalmente ni invadir su intimidad. Eso ocupó la mayor parte del tiempo, pasando a continuación a los comentarios del taller, muy numerosos. Por último, se me pidió que resumiera las dos primeras sesiones del T.P.P. : Las dimensiones del Psiquismo y la familia, cosa que hice con algo de premura. Estuve satisfecho de cómo salió el taller y, sobre todo, por el interés mostrado por los alumnos de Salamanca.

5.10. Psicodrama simbólico y cuentos de madurez: Ayudando a completar el proceso de individuación

Irene Henche Zabala
Psicóloga. Psicodramatista

Vicky Abril

Marco de partida

El ser humano se va construyendo a sí mismo y va configurando su guión de vida, a medida que atraviesa las distintas etapas evolutivas de desarrollo. Estas etapas duran toda la vida, y cada una de las mismas tiene su entidad y su sentido. El propio proceso de crecimiento a través de estas etapas plantea en cada una de ellas dificultades y retos específicos. Uno de los objetivos del Psicodrama Simbólico es ayudar a completar el proceso de individuación y a conectar con los valores y el sentido genuinos de cada una de sus etapas. En particular, en las etapas de la madurez y la vejez, el Método puede favorecer una reconstrucción y síntesis de las etapas anteriores, que permitan un descubrimiento auténtico y una profunda toma de contacto con el sentido de la etapa actual.

Objetivos y contenidos

- Descubrir a través de los contenidos simbólicos y metafóricos de los cuentos las etapas clave del proceso de individuación humano
- Tomar contacto con la vivencia y el significado de la madurez y vejez internas.
- Conocer y realizar un proceso de inmersión simbólica y vivencial en cuentos prototípicos de la madurez.

Contenidos

- Proceso de individuación a través de los doce cuentos.
- Las personas mayores en los cuentos.
- Las versiones auténticas de los mismos.
- El análisis simbólico.

- Los motivos existenciales fundamentales de la vida humana en su conjunto y de la madurez y la vejez específicamente a través de los contenidos de los cuentos de hadas.

Resumen observación del taller

Tipo de grupo: Taller en Congreso
Sesión única. Día 15-11-2003.

Grupo formado por 15 personas.

Equipo: Irene Henche (dirección) y Vicky Abril (observación).

Lugares No hubo cambios significativos durante la sesión, que fue de dos horas de duración, en una sala muy grande y en un momento del Congreso en que todo iba bastante atrasado. La convocatoria del taller estaba confusa, llovía y había dos sedes para talleres. Estuvimos sentados en círculo y se señalan más abajo, de izquierda a derecha, los nombres de los participantes, partiendo de la persona que ocupaba el lugar a la izquierda de Irene y finalizando por quien ocupaba la derecha de Vicky.

Esquema de trabajo: Dado que se trata de un taller "especial", se describe brevemente la dinámica seguida:

Hubo primero una explicación teórica sobre el Método de Psicodrama Simbólico, los Doce Cuentos y el proceso de individuación, que finalizó con una práctica para conectar con el mundo de los símbolos de los cuentos de hadas (consigna: elegir un símbolo de alguno de los 12 cuentos que Irene iba mencionando).

A continuación, se enmarcaron los tres grandes temas de la segunda mitad de la vida a nivel

teórico, conectándolos con los tres cuentos que el Método considera apropiados para trabajarlos: Las tareas de la vida (El Pájaro de Oro), la creación (Pinocho) y la trascendencia (El Gigante Egoísta). Finalizó esta segunda parte con otra práctica para conectar con la etapa de madurez/ancianidad (consigna): visualizar una figura de alguna persona mayor que represente la belleza de la madurez o de la vejez y ponerle una palabra que evoque eso que representa. Preferiblemente alguien que no sea demasiado cercano afectivamente.

La tercera fase del taller, ya con el grupo inmerso en el mundo simbólico de los cuentos de hadas y conectado con la segunda mitad de la vida, se desarrolló en la forma habitual: tras la lectura del cuento elegido por la dirección del taller (El Gigante Egoísta) se dio la consigna de conectar con la escena que a cada cual le hubiera impactado más y se hizo la elección de escena grupal, la dramatización y el comentario.

Para evitar repetir los nombres, se indican a continuación los de los participantes (ficticios), el símbolo de los 12 cuentos elegidos, la persona anciana con la que conectaron y la escena del cuento.

- Luis: La casa de los tres cerditos. Alquimista/profesor del club de los poetas muertos. *Mesura pasional*. "La ternura" (momento en que gigante se acerca a coger al niño pequeño, resto de niños escapan y el pequeño le da un beso).
- Sara: Zapato de cenicienta. Abuela (la suya que murió, pero también cita al abuelo de Heidi, y a la abuela de "tomates verdes fritos"). *Ternura*. "Beso de primavera" (gigante mira por la ventana, ve al niño pequeño y baja a ayudarlo).
- Javier: Colmillo de la bestia. Abuelo. *Vida/brillo*. "Con" (el gigante está muerto y cubierto de flores, los niños juegan alrededor).
- Ana: Nariz de Pinocho (dudó con cisne, pero se quedó con nariz). Abuela (madre ya envejecida) de "las horas". *Bondad y amor*. "La ayuda" (no tengo registrada escena).
- María: Casita de ladrillo de 3 cerditos. Tía suya. *Volcada en los demás*. "Se acabó lo bueno" (momento en que niños se van del jardín porque aparece el gigante).
- Carmen: Salida de la tripa del lobo de los 6 cabritillos. Tío abuelo suyo de 97 años. *Serenidad*. "Si escuchas atentamente todo

puede cambiar" (momento en que gigante escucha música de canto pájaro y ve que ha llegado la primavera).

- Marta: Manzana de Blancanieves. M^a Dolores Pradera. *Elegancia (dignidad, haber realizado con belleza)*. "Descanso". (Tránsito desde que niño reaparece hasta que gigante muere. Está presente el árbol).
- Juana: Puerta de casa de 7 cabritillos. Abuela caperucita con dentadura joven y sonriente. *Plenitud*. "Dame la mano" (rincón frío y resto jardín florecido).
- Isabel: Manzana envenenada de Bl. Le cuesta mucho conectar con persona anciana y ha ido desechando personas cercanas. Se acaba quedando con Nana de Peter Pan y/o con Fred (?) Pearls. *Agresividad terapéutica*. "Las raíces de mi vida". (Gigante ve jugar a los niños desde mecedora).
- Susana: Nariz Pinocho. Abuela de Titánic. *Satisfecha*. "Dulces sueños" (Gigante muerto cubierto de flores blancas, llegan niños).
- Olga: Capa de terciopelo de Caperucita. Su abuela. *Graciosa*. "La tarde" (Gigante ve jugar a niños desde mecedora).
- Luisa: Bastoncillo de casa de chocolate. Guepetto. *Sabio*. "Hay que romper el muro de las diferencias" (Gigante rompe el muro).
- Pepa: Cabritillo metiéndose en reloj y sonando campana. Ingrid Bergman en "Encadenados" *Presencia (y capacidad)*. "Buena muerte" (Gigante muerto).
- Esther: Rosa roja de Bella y Bestia. Amiga americana que acaba de morir. *Fuerza serena*. "Me puedo ir en paz" (Gigante muerto cubierto de flores, niños juegan).
- Armando: Casita de chocolate. Tía de 83 años. *Completado*. "Gigante coge a niño" (Gigante ve desde ventana que niño no puede subir al árbol).

Escena elegida grupalmente (la que más nos guste de las expuestas por cada participante): "Beso de primavera". Sara. (en primera vuelta empató con "Si escuchas atentamente todo puede cambiar"). La escena empieza cuando Gigante está en la ventana y ve el jardín, el muro y el cielo, que es azul. Los niños están jugando y ha vuelto la primavera, pero en un rincón todavía es invierno. Gigante baja, ayuda al niño a subir al árbol, éste florece y el pequeño le da un beso.

La protagonista ubica la ventana del Gigante a la izquierda de la directora y el árbol congelado donde está el pequeño que no puede trepar, a la derecha de la observadora. En los dos casos, muy cerca. La escena se despliega por todo el escenario, que es el espacio grupal (el círculo que queda dentro de las sillas). Interviene todo el grupo. Ella se reserva el papel de niño pequeño, y da el papel de Gigante a Héctor y el de árbol congelado a Gregorio. El resto de las personas son niños jugando (dos con aro, otro algo mayor con pelota de colores), árboles frutales (manzano y ciruelo con frutos), un almendro en flor de color rosa, flores doradas (2) y una planta verde junto a las flores. Además, hay tres personas que representan el muro. La escena se desarrolla según lo previsto, aunque la directora hace repetir porque hay dos confusiones: primero el Gigante se abalanza para buscar al pequeño, diciendo "es él". Después, aunque Gigante baja, niños siguen jugando en jardín. Él derriba el muro y luego se encuentra con el pequeño. Aclarada la secuencia correcta, en los soliloquios todo el mundo manifiesta sentirse a gusto. Los árboles satisfechos de sus frutos, las flores encantadas de que los niños jueguen de nuevo a su alrededor, igual que los árboles. El muro se siente protector, capaz de ver muy lejos y sólo la tercera parte (del muro) siente que no deja pasar. Después de ser derribado, una parte se siente indignado por la dureza del Gigante e injustamente tratado, porque él también era protector... Los niños contentos de jugar y luego asustados por el Gigante. El árbol congelado dice estar muy helado, el niño muy triste porque no puede subir al árbol. El Gigante asombrado de lo hermosa que es la primavera, ve clarísimo que tiene que tirar el muro, no le gusta que huyan de él los niños y que vuelva el invierno. Cuando descubre al pequeño y le sube al árbol dice sentirse con capacidad para ayudar a otros niños. El niño pequeño dice estar agradecido y sentir el calor. El árbol congelado dice " parece que algo maravilloso puede ocurrir". La escena finaliza con los tres personajes fundidos en un abrazo.

Se ha utilizado el soliloquio como técnica dentro de la dramatización y, en algunos momentos, la directora ha entablado algún diálogo con algún personaje. (Muro que se sentía protector).

Ha habido un largo caldeamiento doble: Primero para entrar en los cuentos y en la

tercera edad, luego para entrar propiamente en el cuento elegido y en la dramatización. Ésta ha sido bastante breve y el comentario grupal también, por falta de tiempo.

Comentario grupal

Se manifestaron sentimientos de envidia hacia el beso niño-gigante. Sentirse más huerto que jardín. Más protector como muro que "separador" (esta parte del muro se sintió "injustamente atacada por el Gigante"), muy cerca del niño pequeño, sentimientos gozosos por tener frutos (manzano acaba de ser abuela) y poder ofrecerlos, también por sus hermosas flores. Invierno como momento de reposo y tranquilidad. Sorpresa ante fusión del niño con el árbol. Sólo una persona menciona sentimiento de miedo hacia el Gigante. Y sólo el árbol congelado habla de tristeza, de dureza, de rigidez. También lo hace el niño, que al principio se sentía sólo pero luego ha sentido fuerza y calor. Agradecimiento hacia el Gigante y sorpresa respecto al árbol congelado que le resultaba familiar. Gigante expresa sentimientos de sorpresa, ternura y un poco de fastidio cuando niños se van. El árbol congelado dice haber sentido muchas cosas, estar muy removido, pero ha sentido una cálida transformación: integración árbol-gigante-niño. Modelo de aprendizaje va muriendo y nos "toca" a nosotros hacer la tarea.

Entiendo que el grupo se ha conectado globalmente con los aspectos positivos de la ancianidad, y sólo una persona (el árbol congelado) ha entrado en aspectos negativos. Me llama la atención la cantidad de veces que se han expresado actitudes y sentimientos de "ayuda a los demás". Supongo que tendrá que ver con la profesión de la mayoría de los participantes. Aunque salieron escenas sobre la muerte, el grupo conectó con la posibilidad de vivir una ancianidad rica y viva: el Gigante rectifica su actitud, descubre la ternura y la capacidad de cambio. Supongo que tiene que ver con las consignas que se han dado al grupo. Efectivamente, en una sola sesión de 2 horas de duración para dar a conocer el Método y acercarse un poco a la tercera edad, pareció más adecuado proponer una conexión positiva con dicha etapa vital que ya bastante "negativizada" está... Me ha resultado un taller muy rico y sugerente y creo que la gente salió contenta, sorprendida y algo más rica de lo que entró.

5.11. Se eu fosse Nicolas Cage... Psicodrama e luto do não vivido

Fernando Vieira

Psiquiatra, Presidente da Direcção da SPP

Margarida Couto

Psicóloga Clínica, Membro da Direcção da SPP

Resumo

Na sequência de uma reflexão sobre o filme "Dois Destinos", são desenvolvidos aspectos inerentes às terapias dramáticas (em particular o psicodrama), especificando quais os factores em causa quando, tal como no argumento da película cinematográfica, o protagonista vivencia o que seria a sua existência alternativa, perante uma escolha a fazer numa das muitas encruzilhadas que a vida nos propicia.

Sabemos, que em contexto protegido, com o auxílio das técnicas psicodramáticas o protagonista pode olhar para si mesmo, reconhecer-se a si e ao outro, sendo o espaço dramático um espaço existencial, multidimensional no qual a acção dramática se desenvolve no "como se" (para dar visibilidade ao que nos escapa do olhar viciado do quotidiano). Ora, não podemos trabalhar com o espaço sem o tempo, que nos possibilita trazer o passado para o presente e, proporciona um relance ao futuro ou mesmo experienciar as alternativas existenciais não vividas. Desta forma o protagonista pode repetir o futuro, experimenta-lo, actuar fantasias e desejos sem ser punido pelos erros cometidos no passado, ao mesmo tempo que poderá compreender melhor a sua existência, estabelecendo-se assim, ainda que implicitamente uma alusão à realidade suplementar.

Ademais, a propósito de um dos principais conceitos da teoria psicodramática, Moreno descreve a espontaneidade como uma forma de energia não conservável que deve ser gasta à medida que emerge, sendo o seu resultado imprevisível quando associado à criatividade, e capaz de produzir algo que não é preexistente,

(Z. Moreno, 1998). Neste sentido, a espontaneidade associada à abordagem sociométrica revelam-se na acção deste filme, em toda a sua originalidade, podendo esta acção ser transposta para o palco psicodramático e ir ao encontro de velhas situações com novas reacções, o que é portanto adequado, uma vez que nada jamais poderá ser como foi antes.

Forma e duração: o trabalho será apresentado em forma de atelier experiencial com a duração de 1.30 a 2 horas.

Materiais: Vídeo e monitor

Comentário posterior

Antes demais sentimos satisfação por termos apresentado um atelier experiencial pois percebemos desde logo que os elementos da assistência queriam trabalhar e participar e não ficar a ouvir passivamente.

Ainda que de início houvesse alguma dificuldade em iniciar a dramatização (mesmo após um aquecimento muito participativo), logo se envolveram e desenvolveu-se uma cena que veio ao encontro psicodramático e não só, do tema proposto (Psicodrama e luto do não vivido) com ganhos para a protagonista e plateia, apesar de não se tratar de uma sessão terapêutica.

Pensamos, porém, que algumas dificuldades com a língua limitaram alguns elementos de se envolverem e participarem mais activamente.

5.12. Acoso: “Entre vampiros y perversos: una seducción amarga”

Manuel Castro Soto
Psicólogo. Psicodramatista

Mónica Couso Fuentes
Psicólogo. Ego-auxiliar

“Una palabra a tiempo puede matar o humillar sin que uno se manche las manos. una de las grandes alegrías de la vida es humillar a nuestros semejantes”
-Pierre Desproges-

“La única batalla que se pierde es aquella que se abandona”
-Hebe de Bonafini-

¡Mira lo que tengo! ¡Mira lo que poseo! ¡Mira lo que soy!.. y mira cuanto te puedo dar... (si haces lo que yo quiero).

¡Dios mío! ¿Qué he hecho yo para merecerme ésto? Es la exclamación amarga que arranca de la desesperanza de la persona que se ve atrapada en la espiral del hostigamiento, y se siente agotada e incapaz de reaccionar a esa vivencia y bloqueada por la duda, la confusión, el miedo, la inseguridad y la desilusión.

En el transcurso de nuestra vida mantenemos relaciones estimulantes que nos motivan a dar lo mejor de nosotros mismos, pero también que nos desgastan y que pueden terminar por destruirnos. También es cierto que todos hemos sido testigos de ataques perversos en múltiples contextos (la pareja, la familia, la empresa, la vida política y la sociedad en general).

No obstante, parece que cada vez estamos más habituados y nos hacemos más tolerantes a este tipo de violencia indirecta; y cada vez la perversidad y el vampirismo se perciben como cualidades de determinadas personas que nos rodean y a las que no percibimos como amenazantes, llegando a convertirse la relación con estos individuos como en un verdadero asesinato

El acoso constituye una agresión que atenta contra la dignidad de la persona, sometiéndola, sin reposo y repetitivamente, a maniobras hostiles y degradantes.

Se hace necesario reparar el daño que sufren las víctimas que en su intención reparadora permiten rebasar sus límites o se olvidan o no saben hacerse respetar. Se hunden en su inseguridad, se llenan de ansiedad, se cargan de culpabilidades y son presas fáciles para convertirse en el “chivo expiatorio” de un conflicto silenciado. Un sendero fácil para la desestabilización emocional y la despersonalización.

La ayuda psicológica supone intervenir en el proceso de desilusión, identificando y aislando los efectos negativos de las situaciones causantes del estrés, tanto personales como de relación, procurando el ajuste persona – ambiente.

Objetivos

Con este taller intentamos presentar un encuadre teórico para acercarnos a la comprensión de la vivencia del proceso que sufren las víctimas de acoso y aportar un modo de ayuda para asumir y soltar la impotencia.

El nombrar y hacer frente a la manipulación sufrida le permite liberarse de la negación y de la culpabilidad. Quitarse de encima el peso de la ambigüedad de las palabras y de los asuntos silenciados facilita el acceso a la libertad.

Facilitar la vivencia de una escena dolorosa, un verdadero trabajo de duelo, que permita la

exploración y su tratamiento, nos aproxima a la comprensión de los hechos, al reconocimiento y confirmación de las capacidades de la víctima y la reafirmación en su valía. Debe llegar a identificarse lo que se debe a ella y a su propia vulnerabilidad y distinguirlo de la agresión externa.

Pretende un acercamiento a la reparación y al abordaje terapéutico. Consecuentemente debe perseguir la liberación inmediata de la situación de acoso, liberando el miedo y la culpabilidad.

Metodología

Presentaremos un breve encuadre teórico para acercarnos a la comprensión del conflicto y la diversidad de relaciones desestabilizadoras que padecen las víctimas del acoso. Haremos hincapié en el doloroso proceso de duelo que siempre acompaña esta vivencia..

En la dinamización por subgrupos, extraeremos, a través de ejercicios grupales y estimaciones sociométricas, latencias, emergentes y escenas para su posterior exploración y tratamiento psicodramático.

Utilizaremos los egoauxiliares, como prolongación del protagonista, para la reviviscencia de su escena dolorosa, que colaborarán en la escenificación y creación de una experiencia terapéutica.

Recursos: proyector de transparencias radio-cassette

Resultado del taller

Un espacio muy grande
 Poca gente...
 Más gente...
 El espacio se llena...
 Gente joven, la mayoría estudiantes.
 80 personas y únicamente 10 familiarizados con el psicodrama.

En estas líneas intentamos plasmar brevemente nuestras impresiones y percepciones sobre el desarrollo de este taller.

Por las circunstancias del momento del congreso, dudábamos que pudiera haber quórum. Anne A. Schutzenberger dirigía un taller en otro edificio. Cuando llegamos a nuestro espacio asignado, que no era otro que

la Biblioteca, nos sorprendimos de que hubiese alguien. 10 minutos más tarde faltaban sillas. La estructura del taller se derrumbó. "¡Tenemos que recomponer!" Un sociograma grupal agotó todos los miedos, y nos abandonamos a la espontaneidad.

Es indudable que hemos tenido que adaptar el taller a las condiciones específicas del "aquí y ahora", afortunadamente contábamos con el psicodrama, que nos lo hizo fácil. Consideramos que hemos conseguido los objetivos pretendidos: sensibilizar sobre el tema del acoso moral y mostrar una manera de intervención terapéutica; incluso uno que no nos habíamos planteado, que fue dar a conocer una nueva herramienta de trabajo para nuestros futuros profesionales, hoy estudiantes universitarios.

Una vez más hemos podido comprobar cómo la "magia del psicodrama" nos ha permitido involucrarnos en el tema, flexibilizar y ajustar nuestra intervención y sobre todo, reforzarnos ante una estrategia válida como alternativa de tratamiento con las víctimas del acoso.

Nuestro agradecimiento a los participantes del taller y a los organizadores del Congreso. Y sobre todo nuestro reconocimiento y apoyo a todas aquellas personas que diariamente tienen que coexistir entre vampiros y perversos.

Nos hemos pasado de hora.

Preguntas.

Contactos.

El espacio se vacía.

Una vez más la "magia del psicodrama" nos ha seducido.

5.13. El manejo de la agresividad en el Psicodrama

Jose M^a Ferro Llaroyra y Col. de la Escuela de Psicoterapia y Psicodrama de Teodoro Herranz

El taller explora las dificultades del terapeuta en el manejo de la agresividad, los recursos para su abordaje y los temores que genera en él. Es un taller experiencial en el que se trabaja a partir de la vivencia personal de los participantes.

Resumen del taller

El objetivo principal de este taller, de carácter eminentemente didáctico - experiencial, fue que aprendieramos a reconocer y, por tanto, manejar la agresividad, siempre presente, en el contexto psicoterapéutico. Otro objetivo, dada la naturaleza de la Reunión, y especialmente dirigido a aquellos asistentes que se están iniciando en el conocimiento del Psicodrama, era mostrar de forma práctica el gran número de recursos técnicos que posee esta forma de "ser/estar" en psicoterapia que es el Psicodrama. Esperamos haberlo logrado.

El taller se inició con unos treinta participantes, de los cuales, casi el 50% estaban en su primera toma de contacto con el quehacer psicodramático, el resto poseía experiencias dispares. Huelga decir que las expectativas sobre el taller fueron de lo más variado. Tras esta presentación y valoración del emergente grupal se inició el trabajo guiado por sucesivas elecciones sociométricas hasta llegar al caldeamiento específico y dramatización. Obviamente, dadas las características del grupo, de las que cabe destacar su temporalidad y finalidad de su constitución, así como los objetivos del taller, el trabajo realizado siguió una línea transversal en busca de múltiples soluciones aportadas por el grupo para favorecer la participación activa de sus miembros y la "visualización" de las más diversas técnicas psicodramáticas.

5.14. Familias interculturales

M^a Angeles Egido Aguilera y Maite Naranjo Iglesias

Este taller pretende que los participantes experimenten la interculturalidad como forma de conocimiento vivencial, donde el encuentro con el otro, como diría Maturana en su biología del Amor, es un encuentro desde la "objetividad entre paréntesis".

Los profesionales de las relaciones de ayuda colocamos nuestra "objetividad entre paréntesis", es decir, que aceptamos la existencia de múltiples dominios de la realidad pero igualmente legítimos

Los universos simbólicos de las "otras familias" se experimentan directamente en las biografías individuales. Es a través de ellos como los integrantes de cada sociedad adquieren su sentimiento de pertenencia a la misma. Cada cambio en la vida de los individuos influye en su universo simbólico, cuestionando el mismo. El desplazamiento de un universo a otro provoca desorientación, inseguridad e incluso problemas de identidad.

Nuestro reto será comprender a las "otras familias" como diferentes pero en legítima igualdad cultural.

El sociodrama y la representación de papeles serán el instrumento del que nos serviremos para esta exploración e investigación sobre la interculturalidad. El grupo definirá los roles familiares y su especificidad.

Desarrollo del taller

Nuestro propósito fue investigar, con los profesionales e interesados en el Psicodrama, a partir de generar la experiencia de exclusión e

inclusión en un grupo con códigos distintos tanto en la comunicación verbal como en la no verbal, las implicaciones a nivel de identidad, que podría provocar dicho proceso.

Para ello distribuimos el grupo en dos subgrupos, y cada una de las monitoras fuimos dando consignas distintas a cada grupo con la finalidad de crear las condiciones de relación intragrupal e inter-grupo.

Caldeamiento

La comunidad A: (Primer universo simbólico)

Esta cultura habla susurrando, tienen la creencia que si hablan alto los dioses podrías despertar y castigarles con el azote de la madre naturaleza. Al hablar susurrando se acercan físicamente para poder escucharse. La forma de mostrar enfado es levantar los brazos y dejarlos caer de forma rápida. Si quieren hablar en privado, se hablan al oído, aunque haya otras personas presentes.

Respecto a las normas, si alguien dentro de la sociedad grita, el resto le retira la palabra. La forma de reparar la falta es besando las rodillas de la persona ofendida. Si alguien se niega a besar las rodillas y continúa en su empeño de ofender a los dioses hablando alto se le prohibirá el contacto físico con cualquier miembro de la comunidad.

Sienten curiosidad por los extraños.

La comunidad B: (segundo universo simbólico)

A diferencia de la comunidad A, hablan poco y gritando, porque tienen problemas aditivos, por lo que el lenguaje corporal es muy significativo. Es más importante "hacer" que "hablar". Consideran a las personas habladoras como charlatanas. Desconfían de quien habla demasiado. No muestran corporalmente sus afectos. Mantiene grandes distancias físicas. Creen que el contacto físico debilita el carácter. La fuerza es algo muy valorado. Cuando se enfadan prefieren luchar físicamente. Quien consiga tirar al otro al suelo es quien gana. El contacto físico sólo se produce en la lucha y en la relación sexual. Los extraños les generan desconfianza.

Una vez caldeado el grupo por cada una de las monitoras, se les pidió que internamente fijaran sus propias características en torno a:

- Reparto de roles y contraroles
- Características del rol masculino y femenino.
- Roles parentales
- Ritos
- Valores
- Normas
- Creencias
- Flexibilidad y adaptación a situaciones nuevas

Dramatización: Escenas

1. Cada grupo representó una escena de vida cotidiana.
2. Cada grupo hizo la transición (viaje) hacia el otro grupo, de algunos de sus miembros.
3. Incluirse en el nuevo grupo: dificultades en relación con la inclusión:
 - a. Temores en quienes se incorporan: dudas sobre cómo preservar la identidad.
 - b. Temores en quienes reciben, que cambios están dispuestos a permitir en ellos mismos para incluir a los que llegaran.

Eco grupal

Se recogieron comentarios sobre el impacto de sentirse insertado en una comunidad respecto a la que desconocían todo, y los temores de pérdida de identidad que obligaban a mantenerse aislados y unidos a aquellos que pertenecían a su mismo grupo de origen.

Por otro lado, el ofrecer una experiencia vital con la dirección de investigar, fomento el comentario de los participantes en relación con algunos aspectos concretos:

Mayor facilidad para integrarse en la comunidad que sentía curiosidad por los extraños y hablaba en susurros.

La comunidad B, exigía que el esfuerzo lo hicieran quienes llegaban. No estaban dispuestos a ponerselo fácil.

Los jóvenes de la comunidad B, recibían con mayor facilidad a los de la comunidad A, les producía curiosidad, aunque temían perder el afecto de su propia comunidad por acercarse a los nuevos miembros.

5.15. Trabajo con el psicoterapeuta: De los miedos al encuentro

Fabiola Cortés Funes, Lidia Abián, Carmen Rubiños, Almudena Narváez y Beatriz Góngora
Unidad de Psicooncología. Hospital 12 Octubre, Madrid.

Nuestra conclusión

Consideramos útil esta manera de investigación. Supuso una reflexión de todos los profesionales implicados en el taller, respecto al efecto de la inclusión de nuevos miembros.

Por otro lado sólo fue un punto de partida. Requeriría mucho más tiempo para poder plantear, a partir de la inclusión qué pasos serían necesarios para favorecer la acogida, y también preservar la identidad de ambas comunidades, sabiendo que van a producirse cambios en ambas, a través de la interacción de los nuevos miembros.

Por último, el crear las condiciones, persiguiendo una dirección, para que el grupo pueda llegar a sus conclusiones, nos parece una forma de introducir una diferencia en la manera de dirigir un taller.

Bibliografía

Maturana R. Humberto "Emociones y lenguaje en Educación y Política".Edt. Hsacette. CED. 1994.

Moreno, J.L. "Sociometría"

El taller que presentamos tiene como objetivo analizarlos miedos que surgen en el trabajo terapéutico: Cómo surgen, por qué surgen, cómo nos afectan, cómo podrían afectara nuestro trabajo y cómo podríamos asumirlos; tanto para mejorar en la terapia como para el desarrollo personal (el encuentro con el otro y con nosotros mismos).

Para ello, hemos planeado un taller, en el cual diferenciamos tres partes:

- **Introducción:** En esta parte explicamos, mediante teoría y vivencias propias, cómo hemos llegado a necesitar exteriorizar nuestros miedos para poder seguir adelante con determinadas situaciones difíciles en el trabajo, que nos remueven muchos sentimientos. Explicaremos también cómo lo anterior, junto con nuestro contexto de trabajo (Unidad de Oncología) hacen que el Burnout sea un problema presente en numerosas ocasiones.
- **Dramatización:** Se harán explícitos nuestros propios miedos, enumerándolos, "poniéndolos encima de la mesa", para, en cierto modo, compararlos, tanto con los miedos que nuestros pacientes nos manifiestan, como con los miedos de nuestros compañeros terapeutas. A través de la teoría existente y de técnicas psicodramáticas, nuestro objetivo será averiguar si esos miedos son similares.
- **Comentarios:** Durante esta última parte, nuestro objetivo es hacer llegara los presentes el hecho de cómo el manejo personal de esos miedos es necesario para la terapia y para mostrar empatía con el paciente y con el equipo de trabajo. También será una ocasión para contrastar opiniones con el público, que

también podrá participar con sus propias vivencias a lo largo del taller.

Resultados del taller

Caldeamiento

Presentación de cada uno de los participantes del taller, se describe nombre, profesión, área de trabajo y expectativas o temática que les atrae a este taller.

Nº / Profesión y área de trabajo / Expectativas acerca del taller

- 1 / Psicóloga. Psicodramatista. Psicoterapeuta de familia. Unidad de Psico-Oncología. / - /
- 2 / Psicóloga. Unidad de Psico-Oncología. / - /
- 3 / Psicóloga. Unidad de Psico-Oncología. / - /
- 4 / Psicóloga. Unidad de Psico-Oncología. / - /
- 5 / Estudiante de Psicología. / Investigación del desarrollo del Psicodrama en España.
- 6 / - / Educativo
- 7 / Enfermera de Salud Mental / Conocer más de los miedos del terapeuta, muy frecuente con estos pacientes.
- 8 / Azafata de marketing / Miedos del terapeuta
- 9 / Psicólogo / Miedos propios
- 10 / Psicólogo / Aplicaciones a la clínica del psicodrama
- 11 / Clínica / Miedo del terapeuta
- 12 / Asociación de ludópatas / Aplicaciones del psicodrama
- 13 / Estudiante de psicología / Miedos, incertidumbres
- 14 / Estudiante de psicología / ¿Qué le puede pasar al terapeuta?
- 15 / Estudiante de pedagogía / Interesante
- 16 / Educadora social / Le atrae el título
- 17 / Estudiante de pedagogía / Le atrae el título

Se unieron después al taller por lo menos tres personas más de las que no sabemos estos datos.

- Introducción: explicamos las motivaciones del equipo y la situación en la que surgió el taller. Los miedos y defensas, enfermedades psicósomáticas, síntomas de burnout que nos venían ocurriendo.

- Se preguntó por las experiencias con la enfermedad oncológica en los asistentes y se avisó de que en el taller se iban a presentar algunas imágenes que podían ser impactantes.

- Se mostraron fotografías de escenas del trabajo diario en oncología, donde se podía ver un paciente y un profesional. La consigna era expresar en una palabra lo que la imagen sugería. En general todo el grupo habló de reacciones y sentimientos a cada escena.

Algunos de los sentimientos, reacciones o palabras resaltadas fueron: un año más, tiempo, futuro, queda poco, exámenes, un año más de vida, hospital, sufrimiento, nerviosismo, presión, incertidumbre, olor a desinfectante, miedo, oscuridad, espera, postración, enfermedad, descanso, soledad, malestar, frialdad, pasividad, muerte, indiferencia, compañía, comprensión, desigualdad, ayuda, empatía, necesidad, súplica, desolación, tristeza, recaptar, abandono, desesperanza, rendición, resignación, lucha, paz, mal día, búsqueda, monotonía, casos, hoy no hago nada, espera, reflexión, angustia, enfado, incomunicación, duda, reposo, desconexión, impotencia, aburrimiento, cansancio, aislamiento, barrera, duelo, rabia, nada, cárcel, frontera, lo otro, desahogarse, despedir, ironía, conformidad, esperanza, calor, consuelo, apoyo.

Los sentimientos más nombrados fueron:

- En 5 ocasiones: impotencia, miedo y espera.
- En 4 ocasiones: esperanza, pérdida, frialdad y cansancio.
- En 3 ocasiones: ayuda, angustia, tristeza e incertidumbre.
- En 2 ocasiones: búsqueda, cariño, consuelo, apoyo, compañía, comprensión, enfado, futuro, incomunicación, desahogo, muerte, resignación, aislamiento, desesperanza, descanso, soledad, indiferencia, paz y abandono.

Dramatización

- Se pide a cada uno de los miembros del grupo que comiencen a moverse alrededor de la sala y que conforme les vaya pareciendo se pueden ir colocándo, formando grupos en torno al sentimiento que predomina o resuena en este momento, se comienzan a leer en voz alta los sentimientos más nombrados durante el caldeamiento de manera que el grupo va colocándose en pequeños subgrupos alrededor del sentimiento que les resuena.

De esta consigna resultan tres subgrupos predominantes:

1. Agrupado en torno a la tristeza (mayoritario): tristeza, soledad, impotencia.
2. Agrupado en torno a la rabia (tres miembros): rabia, enfado.
3. Agrupado en torno al encuentro (tres miembros): compañía....



- Se continúa dando la consigna a cada grupo de que se hable de cómo se encuentran desde ese sentimiento, que se reconozcan y comenten sensaciones, por qué eligieron ese grupo, etc. Surgen en este momento dos emergentes grupales, miembro con angustia y miembro con rabia: se pide a cada grupo que contenga a ese miembro.
- Se pide a los diferentes subgrupos que desde ahí se identifiquen con un rol: terapeuta o paciente de manera que se forman dos subgrupos (mayoritario el subgrupo de terapeutas).
- Una vez formados los dos grupos se da la oportunidad a los diferentes miembros de que puedan cambiar roles, de manera que puedan verse en el otro rol en este momento los dos grupos se igualan en número de miembros, siendo minoritario el número de miembros que cambia roles de paciente a terapeuta y cuatro o cinco miembros cambian rol de terapeuta a paciente.
- Se pide ahora a los miembros de los dos grupos que expresen sentimientos desde los diferentes roles, los diferentes sentimientos son los enumerados con anterioridad coincidiendo en ambos roles.
- Se pide un representante de cada rol y se les pide que se encuentren.
- Se forma un grupo nuevamente en el que se expresa la no diferenciación de sentimientos y miedos dependiendo de un rol u otro. De

manera que desde este nuevo grupo se expresa una última palabra, sentimiento, sensación o reacción con la que se termine la dramatización.

Comentario grupal

Se invita a los miembros del grupo a que expresen lo vivido durante la dramatización, se les pregunta nuevamente acerca del sentimiento o vivencia que se llevan. Se concluye que en muchas ocasiones los miedos son los mismos estando en el rol de paciente o en el del terapeuta y que gracias al encuentro se puede iniciar una relación terapéutica.

Comentario personal

Finalmente, destacar que el objetivo que en un principio nos planteamos, se ha conseguido. Lo que pretendíamos con este taller es que los participantes del grupo conectaran con los miedos del paciente y del terapeuta, poniéndose en el lugar de cada uno de ellos. Por esto, se hacía importante lograr que los integrantes del grupo estableciesen una empatía con la figura escogida por ellos (paciente o terapeuta), para mostrar cómo se sentían en función del rol desempeñado. Una vez formados los dos grupos, sus representantes expresaron los temores desde su posición, comprobando que eran los mismos.

Desde nuestra vivencia personal y profesional, nos sorprendió enormemente comprobar que este fenómeno se hacía extensible al grupo.

Por tanto, y como conclusión final, consideramos haber establecido dos tipos de encuentro: Uno del paciente con el terapeuta, consiguiendo la relación terapéutica; y otro entre nosotras y el grupo, lo que nos ha reafirmado nuestra hipótesis inicial.

5.16 Musicoterapia ante el reto intercultural

Vanesa Vannay Allasia
Musicoterapeuta

En el ámbito educativo actual se establece una relación intercultural interesante y motivadora para el enriquecimiento de los alumnos y de la comunidad escolar en general.

El sonido es un elemento común al ser humano. Aún así, los rasgos sonoros-musicales de un pueblo a otro varían según su historia, geografía, condición social y religiosa constituyendo la identidad musical propia de cada uno de ellos.

La musicoterapia es una disciplina educativa, lúdica y terapéutica, que contempla además el área emocional y socioafectiva del alumno/a, con propuestas colectivas para favorecer las relaciones culturales en el aula.

Busca la interacción de todos los componentes del grupo como protagonistas como parte esencial del proceso de aprendizaje. Los modos de intervención bajo consignas cooperativas ayudan a conocer, respetar y aceptar las diferencias.

La musicoterapia beneficia el clima de confianza para la formación de nuevos valores morales y actitudes críticas positivas para la integración social.

6. Clausura grupal desde el público

Antonio Pintado Calvo.
Presidente de la AEP

Como resumen de la sesión, cabe comentar lo que sigue:

La clausura estaba programada para dos horas, pero comenzó en realidad veinte o veinticinco minutos tarde, aunque al final, con la amabilidad de los participantes, se alargó primero diez minutos y después otros cinco más. De todas formas, aunque el tiempo total no sufriera finalmente mucha merma, la idea de terminar a la hora hizo que el director tuviera que ir ahorrando tiempos sobre la marcha.

Tuve el placer de dejar unos pocos minutos a Jorge Burmeister primero y a M^a Pilar González López después, para que anunciaran e invitaran al público a sus actividades, respectivamente, Jornadas Internacionales de Grupo en Granada y Sociodrama público en Barcelona. A continuación, y también brevemente, presenté a Mercedes Lezaun como coordinadora de la XX Reunión Nacional de la AEP en Pamplona, aprovechando el momento para agradecer y felicitar públicamente a la Coordinadora, al Comité Organizador y al personal voluntario que habían hecho posible la XIX Reunión en Salamanca.

A continuación, comencé el trabajo, utilizando "la palabra" para empezar el caldeamiento. Dibujé el objetivo final en la consecución de que fuera el público quien realmente clausurara la Reunión. Mi rol sería el de Director de un Sociodrama, siendo por lo tanto el protagonista el grupo: "todos ustedes". Expliqué, mientras así me iba caldeando con el público, que entiendo al Director como "facilitador" (allí puse el símil del catalizador en una reacción química) para conseguir el objetivo: que ellos

clausuraran con solvencia, con éxito, "que quedaran bien". Pero que queden bien como grupo y, para eso, no hay más remedio que trabajar en el aquí y ahora, ¿cómo?, con técnica psicodramática y los pasos clásicos de la sesión psicodramática, caldeamiento, dramatización y sharing. Aclaré sin complejos, que en grupo tan grande, yo tendría que ser bastante directivo.

Continuando con el caldeamiento por la palabra, (y teniendo siempre en cuenta el título de la Reunión), hice el relato de una versión sui generis del mito de Babel: en resumen, no fue castigo sino sabiduría divina: "Diversifiquémoslos". Si Dios había creado un mundo diverso, plural, no debía querer unitarismos más o menos fanáticos; así, Dios, "nos habría condenado a entendernos".

Después leí un breve de prensa con algunas declaraciones de las escritoras Fátima Mernisi (marroquí) y Susan Sontag (estadounidense) al recibir juntas el Premio Príncipe de Asturias de las Letras, todas sobre la diversidad.

Recapitulando, habíamos hablado de realidad, diversidad, pluralidad, comunicación; buenas herramientas; yo invitaba a reunir las todas en diálogo.

Invité entonces a pasar a la acción (no sin antes presentar con toda formalidad al público, mi cuadernillo de notas, o chuleta, como "mi doble"; "señores, yo trabajo con doble"). Se utilizaron criterios sociométricos muy básicos, escogidos adrede para empezar a movilizar al centenar aproximado de personas, con un sentido lúdico, utilizando la estructura que nos imponía la sala donde estábamos. "Unos a un

lado y otros a otro". Se pudo hacer sin las temidas dispersiones, siendo por tanto este momento para el Director bastante más serio e importante de lo que pueda aparentar para un observador externo o para cualquiera de los participantes. Son los momentos, en grupos tan numerosos, en los que el director debe hacer el mayor esfuerzo de atención y de cohesión. Por premura de tiempo, sólo se hicieron "hombres y mujeres" (teniendo que decirse mensajes de un lado al otro y por orden, no en tumulto), "quienes gustan del fútbol y quienes no" y "quienes podían nombrar al menos a tres concursantes del actual Gran Hermano de Tele-5 y quienes no".

Terminados "los criterios sociométricos", se invita a que tomen conciencia de si están rodeados en las proximidades, o no, de conocidos, compañeros, amigos. Se advierte de que pongan cuidado porque "nos vamos acercando a lo serio del trabajo". La gente está ya trabajando en serio. Se corporeiza: "sin movernos de donde estamos, intentamos llegar con las manos a esos conocidos". Lo trabajan muy bien.

Ya estamos preparados para lanzar la siguiente, importante, consigna: "vamos a babelizarnos". "Alejémonos lo máximo posible de los conocidos y vayamos agrupándonos primando el criterio del desconocimiento o, al menos, del menor conocimiento posible. La gente hace el trabajo con seriedad y cuidado. No se aprecian dispersiones ni huidas. Así, se puede pedir que se dividan en grupos por proximidad. No recuerdo con exactitud, pero creo que salieron unos ocho o nueve grupos.

Se anuncia entonces que nos estamos adentrando en el Caldeamiento Específico.

Se van dando las siguientes consignas a cumplir en muy pocos minutos, para que se vayan siguiendo en todos y cada uno de los grupos: 1: "Interaccionando, conocerse lo más posible". 2: Intercambiar opiniones sobre lo que ha sido la XIX Reunión de la AEP. 3: Elegir cuatro representantes por grupo.

Los grupos realizan estas tareas con buen nivel de interés y dedicación. Se puede apreciar que realmente están trabajando.

Se invita a adelantarse y a rodear al Director a todos los elegidos. Se colocan, de forma que los que quedan como "público-público" puedan

distinguirlos lo mejor posible. Se intentan validar criterios para ver qué grupo de cuatro componentes va a pasar a llevar el peso de la Dramatización. Se intenta ver cuantos grupos son de cuatro desconocidos puros: todos lo son; es la prueba indudable de que se ha hecho todo el trabajo anterior con seriedad, cumpliendo las consignas, al tiempo que, como el Director había pedido desde el principio, se jugaba.

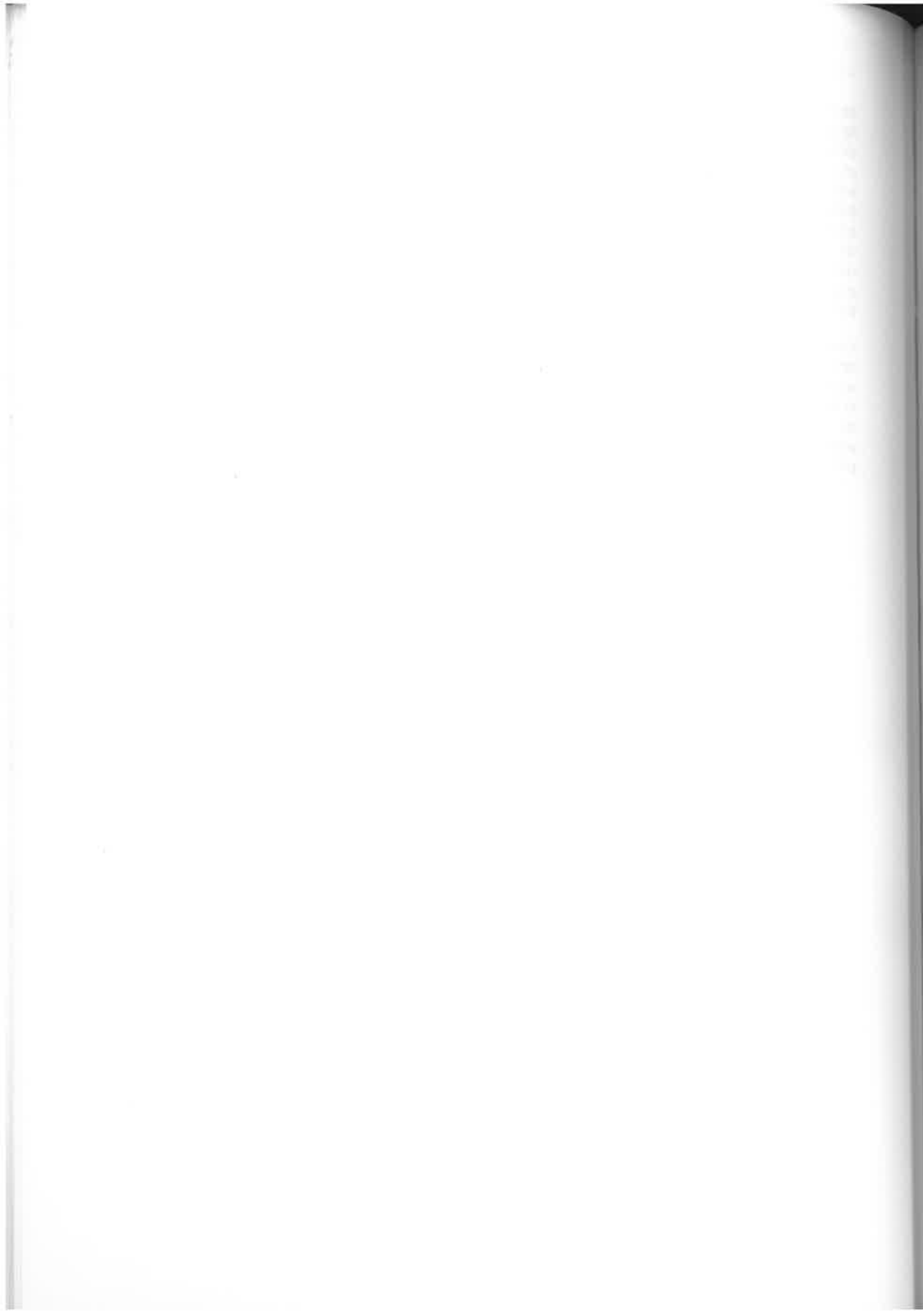
Al fin, entre voluntariedades y elecciones, se elige uno de los cuartetos. A los demás cuartetos se les sitúa en las dos primeras filas y se les da el rol, dentro de la dramatización, de "público que acude a la Clausura". Se termina de caldear al cuarteto elegido y se les invita a que cada uno escoja un rol de entre los siguientes: Coordinador/a de la XIX Reunión; Presidente/a de la AEP; Socio/a de Honor de la AEP; Director/a del Curso Extraordinario. Eligen roles, se aclaran bien al público y pasan a ocupar la Mesa.

Se hace la Dramatización que es, evidentemente, la Clausura espontánea, con posibilidad de creativa, en el aquí y ahora, desde la Diversidad. Ya, el Director apenas interviene, salvo para alguna aclaración necesaria, provocada por impericia en psicodrama de alguno de los participantes en la escena (o fuera de ella, pues algunos del "público-público", llevados por su caldeamiento, intentan intervenir. Se le consiente a uno que muy agudamente pide permiso para realizar un doble).

Queda pues el peso en la espontaneidad.

Termina la dramatización clausurándose la Reunión, aplausos, etc. (Para poder terminar dignamente la Dramatización, el Director pidió permiso a todos los asistentes para pasarse de la hora prevista en Programa para el final. Asintieron por unanimidad).

Se pide una segunda prórroga de minutos para poder realizar el sharing y la gente asiente por segunda vez. Con mucha delicadeza y orden, comprensiblemente, salen algunas personas de la sala cuando, para terminar palabras pedidas, se pide una tercera prórroga. El eco grupal resulta en su inmensa mayoría muy gratificante para el Director, no sólo por buenas opiniones hacia lo realizado, sino, sobre todo, porque puede ver que su trabajo no ha debido ser muy malo cuando verdaderamente, en un grupo tan grande, la gente se escucha, comparte y se ofrece contención. Sin embargo, no deja de



7. Pósters / Fotografías / Poema

7.1. Antecedentes y situación actual de la delegación en Galicia del Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama (I.T.G.P. Galicia)

Castro Dono, C., Filgueira Bouza, M.S., Ferrer i Balsebre, L. y González Vázquez, A.I.

Dedicado a Ángeles Pérez Rodríguez, alumna del primer grupo de la Delegación quien, de forma ejemplar, enfrentó la enfermedad que nos la arrebató poco después de haber finalizado la formación.

Resumen

Se refleja la historia de la Delegación del I.T.G.P. en Galicia, se presenta el programa docente que se imparte en esta escuela y se comentan los proyectos que tienen en marcha los ex-alumnos y los directores-coordinadores de la misma.

Reseña histórica y avales

La Delegación del I.T.G.P. en Galicia se crea cuando sus coordinadores (Marisol Filgueira Bouza y Luis Ferrer i Balsebre) comienzan, desde 1986, a programar conjunta o independientemente grupos terapéuticos y de formación en Terapias Grupales, Terapia Familiar y Psicodrama, primero con sede en Orense y más tarde en La Coruña (1991), en diferentes dispositivos sanitarios, educativos y sociales de la red pública gallega y en el sector privado. Ambos están acreditados por sus respectivos Colegios Profesionales Oficiales, por el I.T.G.P.-Madrid y por entidades con autoridad reguladora en la formación y el ejercicio de la psicoterapia, entre otras: Asociación Española de Psicodrama (A.E.P.), Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.), Asociación Galega de Saúde Mental (A.G.S.M.), Asociación de Terapia Familiar de Galicia (A.T.F.G.) y Federación Española de Asociaciones de

Terapia Familiar (F.E.A.T.F), todas ellas con sus respectivos avales europeos e internacionales. Cuentan con un bagaje de cientos de alumnos formados, así como múltiples contribuciones a eventos científicos, a programas de otras escuelas de psicoterapia y publicaciones. La muestra de alumnos incluye estudiantes y profesionales de Medicina, Salud Mental y Educación preferentemente: Médicos generalistas/de Familia, Psiquiatras, Psicólogos, M.I.R. de Psiquiatría y Medicina Familiar y Comunitaria, P.I.R., A.T.S./D.U.E., Trabajadores Sociales, Auxiliares Psiquiátricos, Auxiliares de Clínica, Pedagogos, Maestros, Educadores, Animadores Socioculturales... y, en menor proporción, de otras disciplinas como Teatro, Doblaje, Economía y Empresas, Derecho, Arquitectura... Su equipo y sus actividades se amplían, desde el año 1995, con las aportaciones de los alumnos diplomados por la Delegación.

Introducción

La gestación del psicodrama en manos de Jacob Levy Moreno data de 1918. Moreno, en poco más de una década, pasó de ser un desconocido a ser reconocido en prestigiosos ámbitos profesionales. En las décadas de los años 50 y 60 se promueve la expansión del psicodrama a nivel mundial. El Primer Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo se celebró en Toronto en 1954 y el Primer Congreso Internacional de Psicodrama tuvo lugar en París en 1964.

A nivel estatal, el pionero fue Ramón Sarró, quien coordinó en Barcelona el Congreso Internacional de Psicoterapia de 1958, al cual asistió Moreno. En el II Seminario sobre Psicoterapia de Grupo, celebrado en Oviedo en 1970, Pablo Población presentó la propuesta de realizar psicodrama a nivel institucional, inició la formación de alumnos en el Hospital Clínico de la Universidad Complutense de Madrid y fundó el Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama. La creación de la Asociación Española de Psicodrama (A.E.P.), miembro de la International Association of Group Psychotherapy (I.A.G.P.), se produce en 1984, año en el que se celebra la I Reunión Nacional de la A.E.P. en Granada. Los congresos siguientes celebrados anualmente por todo el país y las jornadas periódicas de talleres, eventualmente con colaboraciones internacionales, son un exponente de la evolución nacional del psicodrama.

Delegación del I.T.G.P. en Galicia

En el año 1986, se produce el reconocimiento de la Delegación del I.T.G.P. en Galicia por su central en Madrid. Se inicia la formación en psicodrama de alumnos de los Hospitales Psiquiátricos de El Rebullón (Vigo) y Conxo (Santiago). Los grupos están constituidos por personal de ambos centros y son dirigidos por Marisol Filgueira. La mayor parte de los integrantes de estos primeros grupos son Auxiliares Psiquiátricos, habiendo también A.T.S., Psicólogos, profesionales liberales y personal de Doblaje de Televisión. En total, 34 participantes que realizaron la primera etapa de formación. De ellos, diez iniciaron segunda etapa en el Hospital Psiquiátrico de Toén (Orense) y tres prosiguieron hasta tercera etapa en La Coruña. En la clausura de cada etapa de formación, intervinieron Pablo Población Knappe y Elisa López Barberá, directores-coordinadores de la central del I.T.G.P. Puntualmente, se contó además con las contribuciones de psicodramatistas y psicoterapeutas de otras escuelas (Mercedes Bao Fernández, Irene Henche Zabala, Pablo Alvarez Valcarce, M^a Elena Garavelli...). También en 1986, Marisol Filgueira dirigió un grupo de formación con personal del Hospital de Toén y un grupo terapéutico de psicóticos crónicos institucionalizados en ese mismo hospital.

En el año 1987, se consolida la asociación entre Marisol Filgueira y Luis Ferrer para dirigir grupos terapéuticos en el Ambulatorio Novoa Santos de la ciudad de Orense, con pacientes procedentes de las consultas externas de Psiquiatría. Se constituyó un grupo de jóvenes con Trastornos de la Personalidad, Psicosis, Toxicomanías y otras enfermedades mentales. En el año 1989, se inician grupos de formación continuada en el Centro de Salud de Mariñamansa (Orense). Durante estos y sucesivos años, se realizan en dicha provincia otras experiencias formativas de duración limitada a demanda para instituciones públicas y privadas (Centro Educativo Montealegre, INEM, Escuela de A.T.S., Colegio Oficial de Médicos, Universidad de Orense, Centro de Psiquiatría y Psicología...), así como colaboraciones con otras escuelas, centros, universidades... (I.T.G.P.-Madrid, I.T.G.P.-Valladolid, I.T.G.P.-Pontevedra, Hospital Psiquiátrico Regional de Oviedo, Hospital Psiquiátrico Dr. Villacián de Valladolid, Colegios de Enseñanza Primaria, Secundaria y Educación Especial, Universidades de Valla-

dolid, Salamanca, Vigo, Santiago, Ferrol, La Coruña..., FORGA, FEGAS, SERGAS, Consejería de Trabajo y Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia, Fundación Juan Canalejo, Hospital Comarcal de O Salnés de Pontevedra, Hospital Gregorio Marañón de Madrid, Institutos de Psicoterapia de Grupo y Psicodrama de Estambul y Ankara, Centro de Terapia Familiar SISTEMA de La Coruña...).

Durante 1991, se desplaza la sede de los grupos de formación continuada al Centro de Salud de Cambre (La Coruña). En total, se han llevado a término cuatro grupos en los tres niveles. En 1994, Marisol Filgueira dirige un grupo de pacientes psicóticos agudos jóvenes en el Hospital Psiquiátrico de Toén (Orense) y, a lo largo del año 1996, un grupo de pacientes psiquiátricos agudos y otro de pacientes con Trastornos de la Alimentación en el Hospital Marítimo de Oza (La Coruña). A su vez, Luis Ferrer divulga cursos y talleres, particularmente sobre la relación médico-paciente y psicopatología clínica con un enfoque psicodramático, por diversos dispositivos de Atención Primaria y Especializada. En 1999, introduce el psicodrama en el programa de estudios de la Escuela Universitaria de Terapia Ocupacional y, en el 2002, logra su configuración como "asignatura de libre elección" en el Departamento de Medicina de la Universidad de La Coruña.

En 1995, dos alumnos diplomados por la Delegación (Manuel Castro y Antolina Fernández) empiezan a impartir grupos de formación continuada en los primeros ciclos en Pontevedra. Los coordinadores mantienen el tercer ciclo y un grupo de supervisión de equipos en La Coruña hasta el año 2000, momento en el que se cuenta con 16 alumnos diplomados.

El equipo ampliado del I.T.G.P.-Galicia, formado por profesionales de la Salud y la Educación que han finalizado su formación en Psicoterapia de Grupo y Psicodrama en dicha delegación, bajo la supervisión de sus coordinadores, seguirá haciéndose cargo de la formación de alumnos de los primeros ciclos y participará en el manejo de los grupos terapéuticos, formativos y demás actividades relacionadas con el psicodrama que los distintos miembros del I.T.G.P. en Galicia estén dirigiendo. Los coordinadores ofertarán el tercer ciclo y grupos de supervisión cuando haya demanda suficiente.

Los alumnos diplomados que continúan la labor de la escuela son: Manuel Castro, en Pontevedra, imparte grupos continuados de 1ª y 2ª etapa, con la colaboración eventual de algunos compañeros (Antolina Fernández...); además de los anteriores, otros ex-alumnos (Anabel González, Anne Haire, Augusto Suárez, Carlos Castro, Laura Varea, Beatriz Aguado, María García, Manuel Rego, Rosa Paz, Mª Carmen Alvargonzález, Raquel Abón, Ángeles Pérez, Irene González-Elipe, Ana Orjales...) y los directores de la escuela, utilizan el Psicodrama, la Terapia Familiar y otras psicoterapias en su ejercicio profesional e imparten talleres monográficos y cursos de duración limitada a demanda; algunos se han vinculado también a grupos de Teatro Espontáneo y Psicodrama Comunitario tras haber recibido formación complementaria específica. Los coordinadores de la Delegación pertenecen al equipo docente del I.T.G.P.-Madrid, en cuyo programa participan periódicamente.

Los grupos de primera etapa que se inicien en el futuro se articularán en aquellas ciudades gallegas donde surja una demanda suficiente y existan psicodramatistas diplomados. Todos los miembros del equipo docente-terapéutico que estén llevando grupos de formación o terapéuticos y no se encuentren ya en formación continuada con los coordinadores de la Delegación deben asistir obligatoriamente a las sesiones de supervisión de equipos al menos durante el primer año de su práctica profesional como formadores y/o psicoterapeutas.

La sede del I.T.G.P.-Galicia se encuentra actualmente en la ciudad de La Coruña (Hospital Marítimo de Oza), aunque con su ampliación estaríamos en condiciones de ofertar formación en distintas zonas geográficas, siempre que la demanda sea suficiente para articular un grupo local. A todos los alumnos que inicien formación se les garantizará la continuidad hasta finalizarla en una u otra localidad. Tendrán la oportunidad de participar en los trabajos de investigación, aportaciones a congresos, publicaciones y otras actividades de los equipos que la Delegación tenga en marcha, a medida que alcancen el nivel formativo requerido en cada caso.

En el momento actual, como proyectos a corto plazo, se están programando cursos de Psicodrama Clínico y otras Psicoterapias para la formación de residentes (M.I.R./P.I.R.), se

intentan consolidar encuentros entre psicodramatistas gallegos y existen conversaciones para concertar un Máster en Psicodrama con la Universidad de La Coruña. Persiste además la actividad independiente habitual de los miembros del equipo.

Programas

(1) Formación continuada: "Curso de Formación Profesional en Terapias Grupales y Técnicas Psicodramáticas". 3 niveles de 144 horas (total: 432 horas), a lo largo de seis cursos académicos. Se amplía con talleres monográficos y cursos de la Delegación y otras escuelas acreditadas hasta completar las 600 horas-crédito estipuladas por la F.E.A.P.

Acreditaciones: Acreditado por el I.T.G.P.-Madrid para los Diplomas de Ego-Auxiliar, Psicodramatista-Auxiliar y Director Psicodramático. Avalado por la Asociación Española de Psicodrama (A.E.P.) y por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.) para el Certificado de Psicoterapeuta. Reconocido de interés sanitario por la Consejería de Sanidade e Servizos Sociais de la Xunta de Galicia.

Estructura del curso:

1ª etapa.- Grupo terapéutico experiencial de evolución personal. Entrenamiento en el rol de ego-auxiliar. Aprendizaje técnico. -> Diploma de Ego-Auxiliar.

2ª etapa.- Grupo de evolución personal. Perfeccionamiento en el rol de ego-auxiliar. Entrenamiento en el rol de observador y de director de grupos. Desarrollo de trabajos clínicos. Perfeccionamiento técnico. -> Diploma de Psicodramatista Auxiliar.

3ª etapa.- Role-playing de los roles temidos del ego-auxiliar. Escenas temidas del coordinador de grupos. Supervisión de la práctica clínica y docente. Supervisión y seguimiento de los trabajos de investigación. -> Diploma de Director Psicodramático.

Metodología y evaluaciones: sesiones experienciales, procesamiento técnico, estudio y discusión de un programa teórico, talleres monográficos, desarrollo de trabajos clínicos y de investigación, evaluaciones de la evolución grupal e individual, tests sobre el programa teórico, incorporación en equipos docentes/terapéuticos, supervisión de la práctica profesional.

Programa teórico (v. Bibliografía): 1ª etapa: El grupo - Dinámica de grupos. Encuadre teórico e ideológico de J.L. Moreno. Introducción al psicodrama. Espacio y tiempo en psicodrama. Teoría de la espontaneidad-creatividad. Catarsis. Encuentro, tele y relación interpersonal. Teoría evolutiva del yo. Sociometría. Bases neurofisiológicas de la conciencia. 2ª etapa: La terapia psicodramática. Funciones en psicodrama. Pautas para el procesamiento de las sesiones. Técnicas psicodramáticas. Role-playing. Coterapia. Psicodrama Institucional. Psicodrama y psicosis. Psicodrama individual y bipersonal. Psicodrama infantil y pedagógico. Psicodrama y terapia sistémica de familias y parejas. Psicodrama público. Psicopatología básica. 3ª etapa: Lecturas avanzadas (Moreno, Pavolvsky, Ferrazo...).

(2) Grupos de supervisión de la práctica clínica y docente.

(3) Grupos terapéuticos a demanda.

(4) Talleres monográficos (a demanda):

1. Introducción al Psicodrama.
2. Teoría de la Psicoterapia y del Psicodrama.
3. Dinámica de Grupos y Sociometría.
4. Role-Playing de la relación profesional.
5. Contextos de intervención y aplicaciones clínicas del Psicodrama.
6. Técnicas activas en Psicoterapia.
7. Técnicas especiales de caldeamiento.
8. Psicodrama Individual y Bipersonal.
9. Psicodrama Familiar.
10. Psicodrama de Parejas.
11. Psicodrama de la enfermedad, la muerte y el duelo.
12. Psicodrama y Psicosis.
13. Psicodrama aplicado a la Clínica Psiquiátrica.
14. Psicodrama Infantil y en la Educación.
15. Psicodrama, identidad y género.
16. Ritos Terapéuticos.
17. Del teatro al psicodrama: el arte como terapia.
18. Teatro para la Resolución de Problemas.
19. El Inconsciente en Psicodrama.
20. El cuerpo en psicoterapia.
21. La herida del terapeuta
22. Desgaste profesional y síndrome de 'Burnout'.
23. Acoso moral.
24. Relaciones Humanas.
25. Autoestima y habilidades sociales.
26. Objetos intermediarios.
27. Psicodrama en las adicciones.

Miembros del equipo

Directores de la Escuela y Coordinadores de la Delegación:

* Marisol Filgueira Bouza. Psicólogo Clínico. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Hospital Marítimo de Oza. As Xubias de Abaixo s/n. 15006 A Coruña. Tf.: 981 178174, ext. 31009. Fax: 981 178177, 178301. E-Mail: Soledad.Filgueira@canalejo.org

* Luis Ferrer i Balsebre. Médico Psiquiatra. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario "Juan Canalejo-Marítimo de Oza". As Xubias de Abaixo s/n. 15006 A Coruña. Tf. 981 178000, ext. 30018. Fax: 981 178177, 178301. E-Mail: Luis_Ferrer@canalejo.org

Psicodramatistas Diplomados: Raquel Abón Ramos (Médico de Familia), Beatriz Aguado Ortega (Médico de Familia), M^a Carmen Alvar-gonzález Ucha (Psicólogo Clínico), Carlos Castro Dono (Médico Psiquiatra), Manuel Castro Soto (Psicólogo Clínico), Antolina Fernández González (Psicólogo), María García Rey (Pedagoga de Educación Especial), Irene González-Elipe i Lechuga (Trabajadora Social), Ana Isabel González Vázquez (Médico Psiquiatra), Anne Haire Collins (Profesora de Enseñanza Secundaria, Idiomas), Ana M^a Orjales Lamas (Maestra y Educadora), Rosa Paz Seco (Trabajadora Social y Educadora), Angeles Pérez Rodríguez (Psicólogo), Manuel Rego Rodeiro (Médico Psicoanalista), Augusto Suárez Gómez (D.U.E. y Profesor de Formación Profesional) y Laura Varea Cascallar (D.U.E.).

Bibliografía

Baer Mieses, S. y López Barberá, E. Terapia Familiar Sistémica Estructural-Psicodramática. Vínculos, 1990-91 (Inv.), 1, 103-118.

Bastin, G. Los tests sociométricos. Kapelusz. Buenos Aires, 1979.

Bour, P. El psicodrama y la vida. Biblioteca Nueva. Madrid, 1977.

Bustos, D. El test sociométrico.- Fundamentos, técnicas y aplicaciones. Vancu. Buenos Aires, 1980.

Bustos, D. Nuevos Rumbos en Psicoterapia Psicodramática. Momento. Buenos Aires, 1985.

Castro Soto, M. Apuntes del I.T.G.P.-Galicia. Pontevedra, 2001.

Equipo Docente del I.T.G.P. Apuntes de Psicodrama (1er. volumen). Madrid, 1990-91.

Espina Barrio, J.A. La práctica del psicodrama en las instituciones. Informaciones Psiquiátricas, 1986(4^o Trim.), 106, 355-360.

Espina Barrio, J.A. y Conde López V. El Psicodrama en España. Informaciones Psiquiátricas, 132, 1993 (2^o trimestre). pp. 153-176.

Espina Barrio, J.A. Psicodrama: origen y desarrollo. Amarú. Salamanca, 1995.

Filgueira Bouza, M.S. Psicología Grupal y Psicodrama. SISO SAUDE. Monografías n^o 4. 1992.

Garrido Martín, E. Jacob Leví Moreno.- Psicología del Encuentro. Atenas. Madrid, 1978.

González Fernández, A.M. Experiencias en psicodrama con psicóticos dentro del Hospital de Día "Torre de la Creu". Informaciones Psiquiátricas, 1983, 92-93, 179-189.

Henche Zabala, I. y Muñoz Martín, R.M. Grupos de Dramatización en la Escuela: un trabajo didáctico y terapéutico. Informaciones Psiquiátricas, 1989, 115, 89-96.

Henche Zabala, I. y Muñoz Martín, R.M. Cuentos de Hadas en un centro de integración. Escuela Española, Experiencias Escolares, 20 de Marzo de 1990, n^o 2.993.

Henche Zabala, I. Fantasía y Creación: un espacio para la reconstrucción psicodramática en la escuela. Vínculos, 1990-91 (Inv.), 1, 121-137.

Henche Zabala, I. A través del espejo mágico: una aproximación al "niño interno" del psicodramatista infantil. Informaciones Psiquiátricas, 1991(4^o Trim.)-1992(1^o Trim.), 126-127, 421-425.

Herranz Castillo, T. Psicodrama individual y bipersonal. Aspectos teóricos y metodológicos. Vínculos, 1990-91 (Inv.), 1, 47-102.

Herranz Castillo, T. Tu circularidad y la nuestra. Informaciones Psiquiátricas, 1991(4^o Trim.)-1992(1^o Trim.), 126-127, 401-405.

- Kesselman, H., Pavlovsky, E. y Frydlevsky, L. Las escenas temidas del coordinador de grupos. Fundamentos. Madrid, 1981.
- López Barberá, E. Psicodrama de Parejas. Vínculos, 1991(Prim.), 2, 15-35.
- López Sánchez, J.M. El Psicodrama en Psiquiatría Clínica. Anel. Granada, 1982.
- Menegazzo, C.M. Magia, mito y psicodrama. Paidós. Buenos Aires, 1981.
- Moreno, J.L. Fundamentos de la Sociometría. Paidós. Buenos Aires,
- Moreno, J.L. Psicoterapia de grupo y psicodrama. Fondo de Cultura Económica. México, 1966.
- Moreno, J.L. Las bases de la psicoterapia. Hormé. Buenos Aires, 1967.
- Moreno, J.L. Psicomúsica y Sociodrama. Hormé. Buenos Aires, 1977.
- Moreno, J.L. Psicodrama. Hormé. Buenos Aires, 1978.
- Moreno Chaparro, J.L. y Sánchez Mur, M.C. Psicodrama e Institución. Informaciones Psiquiátricas, 1986(4° Trim.), 106, 309-315.
- Pavlovsky, E. Clínica Grupal 1. Búsqueda. Buenos Aires, 1974.
- Perazzo, S. Ainda e sempre psicodrama. Agora. São Paulo, 1994.
- Población Knappe, P. La Escena Primigenia y el Proceso Diabólico. Encuentro (Oct. 1985), 1, 20-27.
- Población Knappe, P. y López Barberá, E. Psicodrama y Teoría General de Sistemas. Comunicación al Encuentro Internacional de Psicodrama. Barcelona, 1988.
- Población Knappe, P. y López Barberá, E. La Escultura en Terapia Familiar. Vínculos, 1991 (Oto.), 3, 77-98.
- Rojas Bermúdez, J.G. ¿Qué es el psicodrama?. Celcius. Buenos Aires, 1984.
- Rojas Bermúdez, J.G. Títeres y Psicodrama. Celcius. Buenos Aires, 1985.
- Sánchez Rivera, De Casso, Sánchez Alonso...
- Integración Mental y Psicología Humanística. Marova. Madrid, 1979. Integración Emocional y Psicología Humanística. Marova. Madrid, 1979.
- Schützenberger, A.A. Introducción al Psicodrama. Aguilar. Madrid, 1970.
- Schützenberger, A.A. Introducción al Role-Playing. Marova. Madrid, 1979.
- Tarquini, R. Aspectos formativos del psicodrama en la institución. Informaciones Psiquiátricas, 1986(4° Trim.), 106, 399-400.



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

Pablo Población Knappe, Fabiola Cortés-Funes Urquijo y Elisa López Barberá

Obtención del Título de Psicodramatista y Director Psicodramático mediante la acreditación de su Programa de Formación avalado por la Asociación Española de Psicodrama (A.E.P.) y por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.)

El Psicodrama

Moreno presentó al psicodrama como "una nueva forma de psicoterapia que puede ser ampliamente aplicada" (Moreno J. L., 1946, p.177). Según Jacobo Leví Moreno: "Históricamente el psicodrama representa el punto decisivo en el paso del tratamiento del individuo aislado hacia el tratamiento del individuo en grupos, del tratamiento del individuo con métodos verbales hacia el tratamiento con métodos de acción" (Moreno, 1946, p.10).

El Psicodrama es el primer modelo que incluye el grupo y la acción en psicoterapia.

Qué es el ITGP

Centro pionero de formación en Psicodrama en España. Promueve la expansión y difusión del Psicodrama en ámbitos nacionales e internacionales y de la Psicoterapia de Grupo, Individual, Familiar y de Pareja, mediante la formación de un gran número de Psicodramatistas y Psicoterapeutas, algunos de los cuales en la actualidad son psicodramatistas de reconocido prestigio docente y clínico y en muchos casos, fundadores de su propia escuela.

- 441 psicodramatistas han finalizado su formación en el ITGP desde la primera promoción 1974 hasta la actualidad.
- 46 alumnos están en proceso de formación.
- El ITGP ha promovido a través de sus directores y miembros, la fundación de:
 - La Sociedad Española de Psicoterapia y técnicas de grupo.(S.E.P.T.G.) 1972
 - La Asociación española de psicodrama (A.E.P.)1984.
- Miembro de la International Association of Group Psychotherapy (I.A.G.P)
- Miembro fundador de la Sección de Psicodrama de la Asociación Internacional de Psicoterapia de grupo (I.A.G.P.).
- Miembro de la Federation of European Psychodrama Training Organisations (F.E.P.T.O.).

Publicaciones

- Población Knappe, P. (1997) "Teoría y práctica del juego en psicoterapia" Ed. Fundamentos. Madrid.
- López Barberá, E., Población Knappe, P. (1997) "La Escultura y otras Técnicas Psicodramáticas aplicadas en Psicoterapia" Ed.Paidós. Barcelona
- Población Knappe, P. López Barberá, E. (2000) "Introducción al Role Playing Pedagógico" Ed. Desclee de Brouwer. Bilbao.
- Creación de la Revista Vínculos (de 1991 a 1993)

Otras publicaciones y artículos, consultar en nuestra página Web

Nuestra actualidad

- Formación en Psicodrama: Individual, grupo, pareja y familia.
 - Programa de formación: básico y avanzado.
 - 4 niveles de entrenamiento experiencial, teórico y técnico en 4 cursos lectivos (600 horas).
 - 441 psicodramatistas han finalizado su formación
- Cursos impartidos en el ITGP y en otras Instituciones Públicas o privadas. Para profesionales procedentes de otros modelos de psicoterapia. Para Profesionales de la enseñanza y de la salud.
 - Curso de entrenamiento en técnicas activas.
 - Curso de entrenamiento en intervención sistémica.
 - Curso de role-playing para el aprendizaje del manejo de las situaciones de duelo.
 - Curso de entrenamiento en role-playing pedagógico.
 - 859 profesionales han participado en nuestros cursos
- Seminarios impartidos en el ITGP y en otras Instituciones Públicas o privadas. Para profesionales y estudiantes que deseen tener un primer contacto con el Psicodrama.
 - Encuentro del terapeuta con el duelo, la muerte y el morir.
 - Terapia breve focalizada psicodramática
 - Psicodrama psicoanalítico
 - De las palabras del padre a la creatividad del encuentro
 - Psico-oncología
 - Otros seminarios: consultar nuestra Web.
 - 1250 profesionales han realizado seminarios impartidos por docentes del I.T.G.P
- Supervisión clínica
 - Supervisión Activa Total (S.A.T.) según el modelo desarrollado por P. Población y E. López Barberá*.
 - * "Supervisión Activa Total, (S.A.T)". Población, P. y López Barberá, E. Revista Redes (Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales). Volumen I, N° 2, 2º semestre 1996. Ed. Paidós. Barcelona.
 - Observación en directo y coterapia asimétrica en psicoterapia individual, de pareja y familias y de grupos.
 - Role- playing de casos simulados.
 - Escenas temidas del terapeuta.
 - Procesamiento de casos registrados en video
- Actividad clínica desarrollada en el ITGP
 - Psicoterapia individual.
 - Psicoterapia de pareja.
 - Psicoterapia y orientación familiar.
 - Psicoterapia psicodramática de grupo.
 - Grupos de role- playing pedagógico.
 - Grupos de prevención.
 - Tratamientos psicofarmacológicos (combinados ó no con psicoterapia).
 - Tratamiento del síndrome de stress
- Colaboración con diversas Universidades para la divulgación del Psicodrama.
 - Universidad Autónoma de Madrid, Universidad Autónoma de Barcelona, Universidad Pontificia de Comillas, Universidad de Sevilla, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Universidad de Extremadura, Universidad de Aragón, Universidad del País Vaco, Universidad de Salamanca.
- Labor formativa y de difusión en otros foros
 - Centros de salud, ONG's, Centros de Servicios Sociales, Instituciones pedagógicas, etc.
- Participación en congresos y asociaciones:
 - Nacionales
 - 1er. Congreso Iberoamericano de Psicodrama celebrado en la Universidad de Salamanca (1997).
- Labor de investigación
 - El ITGP ha desarrollado una línea de investigación y aplicación clínica, con la integración de los Modelos Psicodramático y Sistémico, en Terapia de Grupo, Individual, de Familia y Pareja., contribuyendo a eventos profesionales de expansión de la psicoterapia y del psicodrama, realizando numerosas publicaciones.

Antecedentes

- 1968 Hospital Psiquiátrico de Mujeres de Ciempozuelos. Hermanas Hospitalarias de Juan de Dios. Incorporación de la psicoterapia de grupo, el psicodrama y grupos de trabajo en equipo, desde la coordinación de Pablo Población. Grupos de pacientes esquizofrénicas crónicas. Grupo de jóvenes psicóticas. Grupos de pacientes con trastornos severos de personalidad. Grupos profesionales de reflexión. Equipo de yoes auxiliares: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, estudiantes, cuidadoras, trabajadores sociales, actores.

- 1970. 2º Congreso Nacional de Psicoterapia de Grupo. Oviedo. Pablo Población presenta la propuesta de realizar psicodrama a nivel institucional.
- 1971- Reunión Nacional de Psicoterapia de Grupo. Ponencia: "Psicodrama". Pablo Población (Patronato nacional de asistencia Psiquiátrica (P.A.N.A.P.). Madrid
- 1970. Pablo Población inicia el primer grupo de formación de alumnos en psicodrama en el Hospital Clínico de la universidad Complutense de Madrid
- 1970 Fundación del I.T.G.P. Por un grupo de psiquiatras y psicólogos procedentes de la docencia universitaria y del campo de la clínica. Formación en Psicodrama para profesionales de la Medicina, salud mental, psicología, educación y servicios sociales.

Profesores del ITGP presentes en este congreso

- Fabiola Cortes- Funes Urquijo. Psicóloga Clínica. Directora psicodramática. Terapeuta familiar. Especializada en Psico-oncología en el Hospital 12 de Octubre de Madrid. Profesora del Master de Terapia de Familia y Pareja de la Universidad Pontificia de Comillas de Madrid. Secretaria de la A.E.P. Miembro de la International Psycho-Oncology Society (I.P.O.S.)
- M^a Angeles Egido Aguilera. Psicóloga clínica. Directora Psicodramática. Terapeuta de familia y pareja. Especialista en programación neuro-lingüística. Vicepresidenta 2º de la F.E.A.P.
- José Antonio Espina Barrio. Doctor en medicina y psiquiatría. Director psicodramático. Ex presidente de la Asociación Española de Psicodrama (A.E.P.). Ex vicepresidente de la F.E.A.P. y ex presidente de la sección de grupo de la F.E.A.P. Su tesis doctoral "Evolución sociométrica de los grupos de psicodrama", es una de las primeras tesis realizadas en España sobre psicodrama. Autor del libro: "Psicodrama: nacimiento y desarrollo". Editorial Amaru, 1995. Salamanca
- Luis Ferrer I Balsebre. Doctor en medicina. Psiquiatra. Diplomado en Clínica psicoanalítica y psicoterapia breve integrada. (Cognitivo-analítica). Profesor de psiquiatría en la universidad de La Coruña. Director psicodramático. Co-fundador de la delegación del I.T.G.P. en Galicia.
- Marisol Filgueira Bouza. Doctora en psicología. Directora psicodramática. Ex presidenta de la Asociación Española de Psicodrama (A.E.P.)
- Co-fundadora de la delegación del I.T.G.P. en Galicia.
- Elisa López Barberá. Psicóloga clínica, trabajadora social. Supervisora docente acreditada por la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (F.E.A.T.F.). Asociación Española de Psicodrama (A.E.P.) y la sección de psicoterapia de grupo de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.). Presidenta de la sección de psicoterapia de grupo de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.). Organizadora del primer Congreso Iberoamericano de Psicodrama. Universidad de Salamanca (1997). Miembro fundador de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo. (S.E.P.T.G.) 1972-. Miembro promotor y fundador de la Asociación Española de Psicodrama. (A.E.P.) 1985. Miembro promotor y fundador de la Asociación Madrileña de Terapia de Pareja, Familia y otros Sistemas Humanos. Miembro de la International Association of Group Psychotherapy. (I.A.G.P.) 1988. Miembro fundador de la sección de psicodrama de la International Association of Group Psychotherapy. (I.A.G.P.). Miembro de la European Family Therapy Association.(E.F.T.A.). Miembro de honor de la Asociación Vasco Navarra de Terapeutas Familiares. (A.V.T.F.)
- Ascension Pintado Calvo. Psicóloga clínica. Directora psicodramática. Docente de la Federación Española de Asociaciones de Terapeutas de Familia.(F.E.A.T.F.). Vicepresidenta de la Asociación Española de Psicodrama (A.E.P.)
- Pablo Población Knappe. Director psicodramático. Fundador y director del Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama (I.T.G.P.). (1970). Miembro fundador y ex- presidente de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo (S.E.P.T.G.) (1976-78). Miembro fundador y antiguo presidente de la Asociación Española de Psicodrama (A.E.P.) (1988-90). Miembro fundador de la sección de psicodrama de la International Association of Group Psychotherapy (I.A.G.P.). Docente supervisor acreditado por la Asociación Española de Psicodrama (A.E.P.) y por la sección de psicoterapia de grupo de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.). Miembro de honor de la Asociación Española de Psicodrama (A.E.P.). Miembro de honor de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo (S.E.P.T.G.)

7.3. Grupo de estudios de Psicodrama de Madrid

Pablo Álvarez Valcarce y Cols.

Programa general de Formación de Directores y Yo-Auxiliares de Psicodrama

a) Primer año

El primer año tienen una duración de 90 horas con una estructura de sesiones vivenciales a partir de los contenidos de los alumnos. De cada bloque mensual de 10 horas se realiza un procesamiento teórico-técnico, se dedica una parte al entrenamiento corporal y otra parte a la presentación por parte de los alumnos de los artículos y libros de la bibliografía en encuadre de grupo de discusión dramatizada.

Contenidos teóricos y técnicos

1. Introducción al Psicodrama. Su relación con otras psicoterapias.

2. La Obra de J.L. MORENO.

3. Teoría General de los Grupos.

El Grupo como Sistema Sociométrico. Sociometría. Estructuración Sociométrica Situacional. Asignación y asunción de roles. Imágenes de lo que es un grupo. Aspectos a resolver por una teoría de los grupos. Análisis de los criterios sociométrico. Grupos de Supuesto Básico. Contexto, pertenencia y pertinencia.

4. El Pensamiento en Imágenes y Escenas. Teoría de la técnica de construcción de imágenes. Formas naturales en la comunicación terapéutica. Semiología de la imagen visual.

5. Teoría Moreniana. Espontaneidad. Creatividad. Tele. Matrices de Identidad. Catarsis de

Integración. Zona y Foco. Iniciadores. Actuación racional e irracional. Teoría de los roles. Racimos de roles psicodinámicos, psicodramáticos, familiares y sociales. Átomo Cultura y Átomo Social. Co-inconsciente.

6. La Sesión de Psicodrama. Los Cinco instrumentos. El Director como productor dramático. Lectura de Formas y Contenidos. Escena manifiesta y escena latente. El Protagonista como Emergente del grupo. La relación del Yo-Auxiliar y el Protagonista como Emergente del grupo. La relación del Yo-Auxiliar y el Protagonista. Rol comprometido. Disparidad entre forma y contenido. Complementariedad de roles. Creación del vínculo. Afecto, compromiso e intencionalidad. Tiempo y espacio en el Escenario. El Auditorio como resonador. Las Tres Etapas. Métodos de Caldeamiento inespecífico y específico. Hipótesis terapéuticas y consignas en la Dramatización. Etapa de comentarios, análisis y compartir.

Los tres contextos dramático, grupal y social. Circulación de la escena latente y cambios a través de los contextos.

7. Las Técnicas Básicas. Inversión de Roles. Doble. Espejo. Soliloquio. Interpolación de resistencias. Situaciones Intermediarias simbólicas. Objetos Intermediarios. Técnicas de confrontación. Técnicas corporales.

8. Programación Cenestésica y desarrollo Psicomotor en la primera infancia. Los Organizadores psíquicos. La relación con los Yo-Auxiliares primitivos. Racimos de roles psicodinámicos y familiares.

9. La Comunicación Terapéutica. Aceptación,

protección y contención. Niveles de contenido y relación en los mensajes verbales y de acción. Tele y Transferencia. Comunicación paradójica.

10. Otros Aportes Teóricos. Sociometría de los grupos que enfrentan tareas lógicas y analógicas. Las relaciones Triangulares. Campo tenso y campo relajado. Agresividad. Voluntad de dominio, agresividad territorial y agresividad creativa. Neurofisiología. Confusión fantasía-realidad. Rol y función. La relación Director-Yo-Auxiliar. Memoria, juego y dramatización. Test de roles. Las áreas de representación psicológica. Teoría del vínculo. Aportes de la psicología gestalt, del psicoanálisis y de la teoría sistémica.

Contenidos corporales

1. Expresión Corporal Límites corporales y espacio. Imagen interna y externa. Partes corporales escotomizadas. Psicomotricidad relacional.

2. Expresión Dramática Objeto, cosa, rasgo e instrumento. Gesto, postura y actitud. Estilo, valores, características y áreas implicadas en el rol. Propuesta física, emoción y expresión. Status. Máscara.

3. Técnica Actoral Acción Dramática y Conflicto Dramático. Método. Biomecánica. Teatro de la Espontaneidad. Improvisación. Lo cómico y lo trágico. Texto y subtexto.

4. Juegos Dramáticos Los caldeamientos específicamente orientados. Creación de climas grupales. Simbolismo. Rituales. Juegos y Sociometría. Juegos cooperativos, competitivos y paradójicos.

5. Comunicación no verbal Lenguaje analógico y definición de la relación. La defensa y lo defendido. Etología. Cuerpo e inconsciente.

b) Segundo año

El Segundo año tienen una duración de 90 horas con una estructura mixta de sesiones vivenciales y teórico-técnicas, siempre trabajando a partir de los contenidos volcados espontáneamente por los alumnos. Complementariamente, los alumnos se reúnen en

grupo de discusión dramatizada sin el coordinador, para preparar juegos dramáticos y escenas relativas a los contenidos teóricos del curso. Estas reuniones suponen un mínimo de 30 horas. Es en la segunda mitad de este curso cuando los alumnos comienzan la realización de Prácticas como Yo-Auxiliares en grupos de niños y adolescentes en conflicto social, en grupos de ancianos y en casos clínicos de encuadre individual, grupal o familiar. Estas prácticas suponen un mínimo de 50 horas. Durante el curso se dedica un tiempo a la supervisión de las mismas. Es en este curso en el que con mayor frecuencia los alumnos piden comenzar con su proceso de psicoterapia personal del que tendrán que cumplir un mínimo de 150 horas.

Contenidos teóricos y técnicos

1. Teoría Psicodramática del Desarrollo Neurofisiología. Sistema Límbico y conducta emocional. Programación Cenesésica y Mielinización del sistema nervioso. Sistemas Interoceptivo. Propioceptivo y Exteroceptivo. Hemisferios cerebrales y recepción de mensajes lógicos y analógicos. Roles Psicósomáticos. Musculatura estriada y estructura del carácter. Desarrollo psicomotor.

Matrices de Identidad. Matriz de Identidad Total Indiferenciada. Matriz de Identidad Total Diferenciada. Matriz Familiar. Aprendizaje por imitación e identificación. Mitos Familiares. Negación, represión y puesta en cuestión de la ideología Familiar. Expectativas narcisistas de los padres y construcción de la identidad. Matriz Social, oferta de roles y roles potenciales.

Racimos de Roles. Roles enracimados alrededor del vínculo Materno-filial, del vínculo paterno-filial y del vínculo Fraternal.

2. Roles y Modelos Psicósomáticos. Complementariedad de Estructuras Genéticas Programadas Internas y Externas. Etología Humana. Lo Faltante y lo sobrante en la complementariedad. Sensación de Existir y Psiquismo Caótico Indiferenciado. Atención y Percepción. Áreas de Representación Psicológica. Mielinización del Sistema Nervioso y Focos de Sensibilidad Cenesésica. Rol y Modelo de Ingeridor. Rol y Modelo de defecador. Relación con el Ambiente. Engarce del niño a su medio. Disminución de la Omnipotencia.

tencia. Climas facilitadores y climas inhibidores en las Matrices de Identidad. Rol y Modelo de Urinador. Retención y expulsión. Roles Psicodramáticos y actitudes básicas. Lectura de formas dramáticas a partir de los modelos psicodramáticos. Modelo masculino y modelo femenino. Sensibilidad Dérmica y rol de contactador. Rol de respirador.

3. Bases Sociogenéticas de los procesos de estructuración Sociométricos.

Los niveles de desarrollo sociogenético: Interacción, Afiliación, Pertenencia, Liderazgo Múltiple por Consenso, Compromiso de Discusión Lógica, Centrado en la Tarea y Madurez Experiencial. Psicogrupo y Sociogrupo. Roles de Tarea, Mantenimiento y roles Disfuncionales. Grupo Operativo. Niveles sociogenéticos, configuraciones sociométricas y modelos psicodramáticos. Pseudocoheión y pseudomutualidad. Confusión de Contextos. Red de corriente psicológica influyente.

4. Objetos y Situaciones Intermediarios.

Características y propiedades. Función comunicacional y desenmascaradora. Elaboración e instrumentación de Titeres. Máscaras, telas y cuerdas. Los títeres en el trabajo con contenidos sexuales y agresivos. Las Máscaras y las identificaciones proyectivas. Desenmascaramiento y enmascaramiento yoico. Máscaras y modelos psicodramáticos. Las luces y la música como objetos intermediarios. Psicodanza y otras técnicas psicocorporales.

5. Entrenamiento del Rol de Yo-Auxiliar.

Capacidad de percepción télica. Identificaciones complementaria y concordante. Fenómenos Coinconscientes. Encuentro. Prácticas y supervisión del rol de Yo-Auxiliar. Espontaneidad y creatividad. Resonancia, contratransferencia y contraidentificación proyectiva. Escena manifiesta, escena latente y disociación operativa. El Yo-Auxiliar en las distintas etapas de la sesión. Relación con el Director. Caldeamiento inespecífico y búsqueda del rol comprometido. Caldeamiento inespecífico y búsqueda del rol comprometido. Caldeamiento específico y adecuación a la consigna. Patología del Yo-Auxiliar. Realización Simbólica y reparación de Modelos Psicodramáticos y Racimos de roles. Los diferentes tiempos y espacios en el escenario. Interacción corporal y actitud de juego. Las funciones del Yo-Auxiliar.

6. Técnicas Psicodramáticas

Niveles de Comunicación y técnica adecuadas.

Niveles de regresión y pertinencia de las técnicas básicas. Entroncamiento de todas las técnicas sobre las técnicas básicas. La interposición de resistencias y la relación entre lo rechazante y lo rechazado. Las técnicas y el fenómeno de Zona y Foco. Percepción simultánea y manejo de los focos. Técnicas para la integración temporal y espacial. Las técnicas según sea el encuadre individual, familiar o grupal. Las técnicas según la edad. Técnicas y tensión de campo. Técnicas para los diferentes momentos de evolución de un grupo. Técnicas específicas para trabajar el duelo, los sueños, los enfrentamientos por el poder, etc. La dramatización del síntoma. Técnicas para transformar la estructuración sociométrica. Dinámica psicopatológica de las técnicas psicodramáticas.

Contenidos corporales

1. Juegos Dramáticos II

Juego y Realidad. Juegos para explicar conceptos. Juegos y relaciones territoriales. Juegos para favorecer el conocimiento mutuo. Juegos de Integración.

2. Técnica Actoral II

Desarrollo de la expresividad en las diferentes zonas corporales. Memoria emocional. Tiempo interno y externo. Creación de foco. Desplazamientos. Objetivo, urgencia, deseo y deseo oculto. Improvisación. Poética y declamación. Comunicación paraverbal.

3. PsicoDanza y otras técnicas Psicocorporales.

El cuerpo tal y como se lo percibe y tal y como se lo experimenta. Imagen interna y movimiento. Las defensas corporales y su movilización.

c) Tercer año

1. Teoría y Técnica del Encuentro

El concepto de Momento y la experiencia de novedad. La relación Yo-Tú ofertada y la relación Yo-Ello transferida. Transferencia y contratransferencia en las resistencias a la relación Yo-Tú. Idealización del terapeuta y desmitificación. Análisis de las defensas caracterológicas. Fijación de la relación terapéutica en el adentro o en el afuera. Lo sincrónico y lo diacrónico. El método fenomenológico existencial. La relación intersubjetiva. Axiología y axiograma. Relaciones de significado de las partes. La ocurrencia inmediata intuitiva y

afectiva. Lo rechazante y lo rechazado. Las formas de la comprensión. Co-existencia, co-acción y co-experiencia en la matriz terapéutica. Intencionalidad y fenomenología de la percepción. La disposición a despojarse. Angustia y culpa. El aquí y ahora. Concretización. Lo lúdico.

2. Taller de Escenas Temidas del Coordinador de Grupos.

Escena Temida, escena resonante, escena consonante y escena resultante.

3. Encuadre de Psicoterapia Psicodramática. Entrevistas iniciales. Historia Psicodramática. Historia Biopatográfica. Dramatizaciones exploratorias y diagnósticas.

4.- Psicopatología Psicodramática.

Sistemas de apego, de miedo, de exploración y de afiliación. Identidad, identificación subjetiva e identificación objetiva. Mecanismos de Defensa primitivos. Identificación proyectiva. Teoría de las relaciones objétales y modelos psicossomáticos. Narcisismo. Imagen parental idealizada y autoimagen grandiosa. Sociometría transgeneracional y situación del hijo en el deseo de los padres. Inferioridad somática y actitudes compensatorias. Psicopatología del vínculo madre - hijo, del vínculo padre - hijo y del vínculo fraterno. Envidia y gratitud. Las defensas contra la envidia.

Psicopatología general y psicopatología dinámica. Síndromes Estructurales debidos a dificultades en el desarrollo de los Roles Psicossomáticos. Histeria de conversión y Fobia en relación con el rol de Ingeridor. Depresión y Psicopatía en relación con el Rol de Defecador. Ideas y rituales obsesivos en relación con el rol de Mingidor. Los trastornos narcisistas de la personalidad con relación a la etapa de Relación con el ambiente. Psicosis, inseguridad ontológica y sistema del falso yo. Esquizofrenia, Psicosis. Inseguridad ontológica y sistema del falso yo. Esquizofrenia, Psicosis maniaco depresiva y Paranoia con relación a los modelos psicossomáticos.

5. Dinámica Psicopatológica durante el tratamiento psicodramático.

Áreas sobrevaloradas en la neurosis y psicosis. Focos de atención en psicoterapia. Empleo de iniciadores mentales, corporales y ambientales. Síntomas primarios. Confusión de áreas, sensación basal de pérdida de identidad e inseguridad. Mecanismos reparatorios del Yo.

Síntomas vicariantes en los roles psicossomáticos. Psicopatología del Yo y roles compensatorios. Realización simbólica y reparación de los modelos psicossomáticos y de los racimos de roles familiares.

6. Las Técnicas psicodramáticas con relación a los síndromes psicopatológicos y al proceso psicoterapéutico.

Técnicas en las diferentes neurosis. Técnicas en las psicosis. Dinámica de las diferentes sesiones de psicodrama. Las técnicas con relación al momento grupal. Las técnicas en psicodrama bipersonal. Las técnicas en situaciones transferenciales especiales. Las técnicas en los diferentes niveles sociogenéticos. Técnicas en el abordaje del duelo y la muerte. Trabajo psicodramático de los sueños. Técnicas en el trabajo con contenidos sexuales y agresivos. Las técnicas en las situaciones especiales del protagonista.

7. Los diferentes encuadres en Psicodrama.

Psicodrama grupal, individual y bipersonal. Psicodrama según la edad. Psicodrama pedagógico. Psicodrama en la intervención psicossocial. Psicodrama en la comunidad terapéutica. Psicodrama público. Axiodrama. Aprendizaje de roles y habilidades sociales. Psicodanza y psicomúsica.

8. Psicodrama Infantil

Los trastornos mentales en el niño y adolescente. Sesiones individuales y sesiones con los padres. El dibujo, el juego con juguetes y los juegos dramáticos. Rematrización terapéutica. Manejo de la agresividad en grupos de niños. Aspectos psicopedagógicos. Desmontaje de las identificaciones proyectivas en los vínculos con padres y hermanos. Aprendizaje de la comunicación triangular. Sociodrama familiar.

9. Sociodrama

Sociodrama de pareja y familia. Sociodrama laboral e institucional. Sociometría y sociodrama. Sociodrama comunitario. Sociodrama en la prevención psicossocial.

10. Estructuración del rol de Director

El director como terapeuta, productor dramático y analista social. La unidad funcional con el Yo-Auxiliar. Supervisión del trabajo práctico como director. El director en las distintas etapas de la sesión. Asunción de roles de tarea y mantenimiento. Formas de completar lo faltante según la estructura del protagonista. Grados de directividad. Iniciadores, caldeamiento específico y

dramatización del director. Puesta en escena y recursos para crear climas. Patología del rol de director. Contratransferencia y contraidentificación proyectiva.

Contenidos corporales

1. Técnica Actoral III
2. Psicodanza y técnicas corporales II
3. Producción dramática "in situ". Formas de dirigir la dramatización.

d) Cuarto y quinto años

Una vez concluida la formación básica, estos dos años se dedican a la Supervisión y a los Seminarios Monográficos, así como a la finalización del proceso de psicoterapia personal.

Supervisión

Como continuación de las horas dedicadas a supervisar las prácticas durante el segundo y tercer año, los alumnos se incorporan a grupos de supervisión clínica y realizan también sesiones de supervisión individuales. Se realizan al menos 100 horas de supervisión sobre casos individuales, grupales y familiares que los alumnos comienzan a llevar en su práctica profesional.

Seminarios monográficos

Cada seminario tiene una duración de 10 horas y se dedica a temas específicos (ver listado en el apartado "Seminarios Monográficos"). Los alumnos eligen entre estos seminarios y cursos sobre otros modelos de psicoterapia hasta completar un mínimo de 600 horas de cursos y seminarios (330 horas en la formación básica de los tres primeros años más 270 horas en seminarios monográficos y cursos de otras modalidades de psicoterapia).

Psicoterapia personal

Habiéndola comenzado antes del inicio del tercer año, cada alumno sigue su proceso debiendo realizar un mínimo de 150 horas.

7.4. Prevención de la violencia en la escuela

Juan Carlos Di Pane y María Eugenia Martínez de la Puente

- Imagen del Póster no disponible -

Debido a la creciente crisis de valores en general que el mundo de hoy atraviesa, y en particular a la crisis económico- social que Argentina está atravesando y que no hace más que potenciar los efectos devastadores de la anterior, es que en los últimos años se ha producido un desmesurado aumento de la violencia en los distintos ámbitos, y particularmente en el área que aquí nos convoca, la educación.

Cada vez son más los niños y jóvenes que son ingresados a los hospitales con lesiones moderadas a graves, producto de casos de violencia en la escuela, como así la cantidad de chicos detenidos e internados en instituciones de menores por incurrir reiteradamente en estos mismos hechos. Es notable la cantidad de episodios violentos dentro de la institución escolar o a la salida de la misma. No solo se encuentran entre ellos las constantes reyertas entre compañeros por distintas causas (problemas de conducta en general, situaciones relacionadas con el consumo de drogas, abusos físicos y sexuales, etc.), sino hechos en los que se ven involucrados tanto los alumnos como el resto de la comunidad educativa, por ejemplo: los propios padres, los docentes, los directivos y el resto del personal que en muchas ocasiones pierden sus estribos porque son sobrepasados por la situación antes descripta.

De esta manera, es que tanto docentes como directivos, han comenzado a pedir ayuda a profesionales capacitados en el tema, fuera de la escuela. Así es que un gran número de especialistas se abocó a este trabajo no solo a nivel asistencial sino también preventivo.

El presente modelo de taller es producto de ese trabajo y está dirigido especialmente a la prevención de la violencia en las escuelas que cuentan con cursos de noveno año y EGB III. La propuesta consiste especialmente en la labor con los alumnos que se encuentren cursando esos años, a manera de puntapié inicial de una labor mucho más amplia, que incluiría talleres destinados a docentes, padres y por último a toda la comunidad educativa en conjunto.

Este taller en particular consta de una serie de pasos que describimos a continuación:

1. Con los alumnos se llevó a cabo una corta encuesta con la finalidad de sondear que entendían ellos por violencia, que tipo de violencia conocían, si sentían que habían sido víctimas de algún tipo de violencia, escolar en particular y si tenían alguna sugerencia en especial sobre algún tema a tratar en el taller.
2. Se realizó la evaluación de la encuesta y con los resultados de la misma se reforzaron o puntualizaron determinados ítems en particular, adaptando el trabajo a la realidad que atravesaba esa escuela.
3. El taller propiamente dicho comenzaba con la división de la población general de alumnos en grupos no mayores de veinte.
4. Realizadas las presentaciones correspondientes, se proponía a los alumnos que llevasen a cabo una lluvia de ideas sobre lo que ellos consideraban violencia, que tipo de violencia veían habitualmente en la escuela, y cuales les parecían que eran las posibles vías de solución. Estas respuestas eran anotadas en tres columnas respectivamente en la pizarra.

5. A partir del ejercicio anterior, se les daba veinte minutos como tiempo de preparación de un role playing que mostrase una o varias de las situaciones violentas que habían descrito en su centro educativo. Después de llevar a cabo el role playing, se les proponía que a través de la misma técnica se buscasen distintas soluciones posibles a dicha problemática pero de manera pacífica. Posteriormente ellos debían elegir cual les parecía la más correcta.

6. A continuación se les propuso realizar una nueva lluvia de ideas con el fin de actualizar la tercera columna que anteriormente habían elaborado (sobre las posibles vías de solución).

7. Con este material obtenido, sumado a las notas que habían recogido de las puntuales intervenciones de los coordinadores, se les propuso que cada grupo elaborase un POSTER con el formato de anuncio publicitario para una campaña de prevención de la violencia en la escuela.

8. Por último, todos los alumnos de la escuela seleccionaron los mejores pósters, y con el contenido de los mismos tuvieron que elaborar un folleto sobre la prevención de la violencia en la escuela, que sería impreso y distribuido a toda la comunidad educativa.

Esta experiencia se llevó a cabo en reiteradas ocasiones, pero de todas ellas, la reflexión que nos vemos obligados a hacer es que, el mayor trabajo en estos casos le corresponde a los adultos pero les estamos pasando el peso del bulto a los niños. Nos hemos acostumbrado a culpar a nuestros jóvenes de todos los males que afectan hoy a la sociedad, y de esta manera perdemos de vista la verdadera dimensión de la problemática.

Los chicos de hoy sufren mucho, y especialmente lo hacen por el tipo de contacto afectivo que le brindamos, muchas veces distante o descomprometido. ¿Cómo podemos culparles de no respetar las normas cuando somos los adultos los que no estamos inculcando el adecuado respeto por las mismas?. No olvidemos que en la mayoría de los casos, los actos violentos en los que los jóvenes incurrir son simplemente un grito de auxilio. Y como un intento de convertirnos en un eco de ese grito, y a manera de conclusión, presentamos a continuación algunas de las ideas que los propios alumnos de una de las escuelas en las que se

llevó a cabo el taller, propusieron como solución de sus propios problemas:

- "Hablemos con la persona con la cual tenemos problemas, y si no logramos el dialogo, recurramos a intermediarios (amigos, profesores, consejeros, etc.)".
- "Cuando tratemos de llegar a un acuerdo tengamos en cuenta el tono de voz".
- "Tratar a todos con mucho respeto, inclusive a tus compañeros más chicos".
- "Si te pegan, no respondas de la misma manera. Lo mismo si te insultan, o te hacen cualquier cosa que te ofenda..."
- "Actuá con calma... recordá que hay que respetar si querés que te respeten, no importa si no lo hacen con vos".
- "... dales vos el ejemplo!, y no provoques a los demás".
- "Controlemos nuestros impulsos frente a una persona violenta..."
- "Informáte sobre el problema antes de hablar o actuar, por ejemplo preguntá a la persona que está siendo violenta con vos cual es el motivo de ello, tal vez entre ambos pueden llegar a un acuerdo".
- "Siempre tené en cuenta que: tus derechos terminan donde empiezan los de los otros. ¡Respetálos!"

Resumen

Debido a la creciente crisis de valores en general que el mundo de hoy atraviesa, y en particular a la crisis económico- social que Argentina está atravesando y que no hace más que potenciar los efectos devastadores de la anterior, es que en los últimos años se ha producido un desmesurado aumento de la violencia en los distintos ámbitos, y particularmente en el área que aquí nos convoca, la educación.

De esta manera, es que tanto docentes como directivos, han comenzado a pedir ayuda a profesionales capacitados en el tema, fuera de la escuela. Así es que un gran número de especialistas se abocó a este trabajo no solo a nivel asistencial sino también preventivo.

El presente modelo de taller es producto de ese trabajo y está dirigido especialmente a la prevención de la violencia en las escuelas que cuentan con cursos de noveno año y EGB III.

7.5. Contextos culturales desde el ciclo vital familiar: una perspectiva desde España

Fabiola Cortés
Alicia Moreno y Cols.

Para llevarlo a cabo se utilizaron las siguientes técnicas: encuestas, lluvia de ideas, role playing, elaboración por parte de los alumnos de pósters y folletos para una campaña de prevención de la violencia escolar en su centro de educación.

Bibliografía

Aberasturi, Arminda: "Adolescencia Normal". Editorial Paidós.

Harris, A. Thomas: "Yo Estoy Bien, Tu Estás Bien". Editorial Grijalbo.

Künkel, F Y Kickerson R.E.: "La Formación Del Carácter". Editorial Paidós.

Madanes, Cloé: "Sexo, Amor Y Violencia" "Estrategias De Transformación". Editorial Paidós.

Marti Garcia, Miguel Angés: "La Convivencia". Editorial Evnsa.

Williamson, Peter: "Buenos Chicos Que Se Portan Mal" "Como Estimular La Autodisciplina". Editorial Paidós.

Area: Psicología Educacional. Psicoterapia Breve.

Cuba

1. Es el único país de Latinoamérica donde el aborto es completamente legal y sin restricción alguna.
2. El porcentaje de abortos es más alto que en todo el mundo entre los 15-19 años 101/1000.
3. La distribución laboral es casi igual entre hombres y mujeres, solo aumenta por el hecho de que no hay mujeres trabajando como obreras en el campo y construcción.
4. No hay restricción alguna en cuanto al divorcio, al año se casan y se divorcian casi el mismo número de parejas.

República Dominicana

1. El inicio de la actividad sexual entre los 15-19 años entre los hombres es de un 48% y entre las mujeres 13%.
2. El 78% de los hijos son concebidos bajo una unión estable (matrimonio legal o unión libre)
3. El padre es el guardián legal de los hijos y la madre no puede sacarles del país sin consentimiento legal del padre.
4. Las mujeres después del parto guardan 40 días de reposo en casa, en los cuales se les da una sopa de gallina cada día.

Colombia

1. Exaltan a la familia como la principal responsable de la educación de sus hijos.
2. La educación primaria abarca el 90% mientras que la educación secundaria abarca el 61%.

3. Las parejas se unen cada vez a edades cada vez mas tardías debido a la situación económica.
4. En su mayoría los abuelos son los principales cuidadores de sus nietos ya que los padres de éstos están dedicados al trabajo.

Ecuador

1. La riqueza de la diversidad cultural ecuatoriana está desapareciendo por causa de la presión social de aculturación.
2. El 45% de las familias ecuatorianas son indigentes.
3. El 95% de los emigrantes ecuatorianos ayudan económicamente a sus familias que se encuentran en Ecuador.
4. Se dan 3000 embarazos por año.

Perú

1. Promedio de número de hijos 2,9.
2. El 33,6% de las mujeres confiesan ser maltratadas por sus padres y/o maridos.
3. Las chicas son presentadas en Sociedad por una fiesta a los 15 años y los chicos a los 18
4. Los domingos es típico ir al mercado toda la familia junta.
5. El domingo se visitan los abuelos y se come con ellos.

Europa

1. El número de residentes extranjeros de mayor a menor habitantes son: Gran Bretaña (73.983), Alemania (80.573), Francia (42.316), Portugal (41.997), Europa del Este (41.594) e Italia (30.862).
2. La mujer constituye casi la mitad de los inmigrantes que existen en la Unión Europea, a veces, son mayoría.
3. En países como Italia, Francia, España y Gran Bretaña existe más emigración de hombres y más inmigración de mujeres, mientras que en Bélgica, Dinamarca y Alemania se da más emigración de mujeres e inmigración de hombres.
4. El 55% de los europeos viven en lo que llamamos una familia tradicional (una pareja de adultos con niños). Pero el aumento de familias monoparentales, generalmente constituido por madres solteras abarca ya el 7% de la población europea, siendo importante en Irlanda, Finlandia y Reino Unido.

5. Los países mediterráneos junto con Portugal y Austria son los que presentan un porcentaje mayor en cuanto a la convivencia de tres generaciones en un mismo hogar mientras que Países Bajos, Dinamarca y Francia son los países de menor porcentaje.
6. La confianza de los europeos con respecto al matrimonio de mayor a menor porcentaje son Europa del Este, Alemania, Italia, España y Gran Bretaña. Con respecto al divorcio este porcentaje se invierte.
7. Mientras que en Dinamarca las parejas de hecho constituyen el 25% de todas las parejas y el 72% de las parejas entre 18 y 29 años, sólo un 6% y un 10% respectivamente de los jóvenes italianos, españoles, portugueses y griegos forman parte de este tipo de uniones.
8. Cada vez más se tiende a tener hijos fuera del matrimonio con unas cifras del 27,2% en Europa, siendo más bajo en España, Italia y Grecia.
9. El 60% de los jóvenes (25 y 30 años) españoles, italianos y griegos, que trabajan aún no se han independizado del hogar familiar. Estas cifras se triplican en Alemania, Reino Unido y Francia.

"Seguir analizando la migración europea según modelos familiares tradicionales será cada vez más inadecuado a la realidad actual" (Ackera, 1997).

África

1. Existen tantas culturas como etnias y lenguas, casi todas coinciden en el valor de pertenencia a la familia, al grupo, que en la individualidad. El matrimonio por ejemplo es una cuestión de familias, mas que por conveniencia, por el grado en que se implican con sus nuevos hijos.
2. Las familias africanas no emigran, lo hacen los jóvenes que tienen posibilidades de estudiar (cada vez aumenta el porcentaje de universitarios), pero esto en un número muy reducido y generalmente del norte del continente, la mayoría que vienen del sur empiezan una peligrosa aventura en la que pueden durar años, atravesando desiertos, viviendo en forma marginal y naufragando, muchos pierden la vida en el trayecto y otros llegan en malas condiciones de salud.
3. Su proceso de adaptación es bastante difícil, empezando por el desconocimiento del idioma, la dificultad de algunos de ser

indocumentados y el sentimiento generalizado de indiferencia que perciben de la sociedad. Pues en sus países viven con las puertas de sus casas abiertas y se fían de su grupo.

4. Otros corren con mejor suerte, después de aprender el idioma y si tienen posibilidades de estudiar, consiguen un trabajo muchas veces en el ámbito social y algunos logran establecerse y tener una familia a pesar de la diferencia religiosa.
5. En las historias de vida de los subsaharianos se detecta un gran distanciamiento de la familia. Los recuerdos de su infancia dicen ser muy vagos. Son muchos los que apenas recuerdan a su familia. Otros dicen no tener familia, o no querer verla, en ocasiones señalan esta circunstancia como el motivo de salida de su país.
6. Muchos proceden de lugares pequeños de carácter tribal donde se atacan unas tribus a otras, lo que origina la desintegración familiar
7. Son limitados los casados que declaran tener mujer e hijos en su país con los que desean volver, aunque sí aparece alguno, 8. En definitiva se puede decir que la mayoría de ellos proceden de familias desestructuradas por algún acontecimiento traumático, cuya situación económica puede haber sido buena en otro tiempo pero que en el momento de la emigración suele ser mala.
9. En general los casados llegan sin familia, algunos con intención de mantenerla y algún día traérsela.
10. La divorcialidad es menor entre los hombres debido a que la situación de la mujer divorciada en su país se hace más opresiva y traumática, éste es el motivo por el que muchas mujeres emigran.

Japón

1. Se concede una gran importancia a la familia=unidad básica ante la comunidad local y el Estado.
2. Esta tradición se está modificando hacia una mayor diversidad.
3. Se incrementa el porcentaje de solteros (eligen no constituir una familia): 56% de las mujeres y el 50% de los hombres, (datos de 1997).
4. Se les denomina "solteros parásitos", no se independizan y aunque trabajan y disponen de sus sueldo, continúan viviendo con los padres.

5. El vínculo madre-hijos se fortalece, en detrimento de la pareja.
6. Baja tasa de divorcios (1,78% en 1997), la demanda de la mujer en el 71,6% de los casos. Ante la ruptura de la pareja, siguen conviviendo en la misma casa sin hablarse y sin tener relación.

China

1. Grandes diferencias entre el entorno rural (más tradicional) y el urbano (con familias de corte occidental).
2. Se incrementa el número de matrimonios a prueba y las parejas de hecho.
3. El Estado fuerza a la familia a tener un único hijo, para controlar la natalidad y el crecimiento de la población.
4. Esto va a determinar el concepto de familia en un futuro inmediato, máxime cuando el cuidado de los ancianos corresponde a la familia, la importancia dada al varón y al hecho de que tener hijas era tradicionalmente considerado como una "desgracia".
5. Virginidad y pureza son cualidades altamente valoradas en la futura esposa.
6. Existe tolerancia hacia las relaciones extramatrimoniales, si quien las tiene es el varón (herencia de los concubinatos del pasado).
7. En las zonas rurales el matrimonio es muy importante.
8. Las mujeres de estas zonas tienen grandes dificultades para contraer pareja ya que no quieren casarse con campesinos y los hombres de la ciudad no las aceptan por su origen rural.
9. Frecuentemente los hombres del entorno rural compran esposas de otras zonas.
10. El divorcio a penas si se produce: la mujer separada pierde a sus hijos menores de edad, las tierras y los medios de producción.

India

1. Gran importancia del contexto rural/urbano en la configuración familiar.
2. País con una esperanza de vida menor para las mujeres que para los hombres: 929/1000, datos de 1991.
3. A pesar de la prohibición de la Ley de 1980, se siguen concertando bodas infantiles.
4. Los matrimonios adolescentes son muy comunes y las niñas a los 13 ó 14 años se convierten en madres.

5. Al casarse, pierden los vínculos con su familia de origen y pertenecen a la familia del marido.
6. En la ciudad se invierte esta premisa: es el hombre quien, renunciando a la dote de la mujer, se marcha del campo a vivir con la familia de la esposa a la ciudad. Por lo que se produce el fenómeno de una sociedad matrilineal.
7. El nacimiento de una niña supone una desgracia y una carga económica, debido a la dote (DOWRY) que hay que reunir para su matrimonio. La mujer ocupa una posición secundaria en la familia ya que, por ejemplo, la pira funeraria debe ser encendida por un varón.

Colaboradoras:

- Fabiola Córtes-Funes
 María Teresa Díaz Hidalgo
 Bernardet Martín Montelongo
 Ana Belén Mayo Tortonda
 Eva Méndez Avendaño
 Alicia Moreno
 Eva I. Palomino Cantero
 Sydel Pérez Fermín
 Clara Yised Triana Garzón

UNIVERSIDAD PONTIFICIA
 ICAM ICAMER
COMILLAS
 MADRID

"Contextos
 UR"

CUBA

1. En el último punto de la independencia donde se aborreció la cultura se produjo el primer punto de ruptura.
2. El patrimonio de cultura se divide en dos: el rural y el urbano.
3. La distribución social es la que se ve en la cultura.
4. No hay tradición alguna en el caso de la cultura.

REPÚBLICA DOMINICANA

1. El hecho de la actividad social entre los 15-18 años entre los jóvenes es de un 40% y entre los mayores 15%.
2. El 70% de los hijos son conserjos y el 30% son madres (conserjos de los hijos).
3. El hecho de la cultura es el que se ve en la cultura.
4. Las mujeres tienen un papel que se ve en la cultura.

GUYANA

1. En Guyana se produce el fenómeno de la educación de sus hijos.
2. El hecho de la cultura es el que se ve en la cultura.

ECUADOR

1. La cultura de la diversidad cultural se ve en la cultura.
2. El 60% de las familias ecuatorianas son matrilineales.
3. El 70% de las mujeres ecuatorianas son matrilineales.
4. Se dan 3000 matrimonios por año.

URUGUAY

1. El hecho de la cultura es el que se ve en la cultura.
2. El hecho de la cultura es el que se ve en la cultura.
3. El hecho de la cultura es el que se ve en la cultura.
4. El hecho de la cultura es el que se ve en la cultura.

7.6. Historias de Chapapote

Pascuala Campos, Rosa Conca, Julio Carmona,
Anne Hair y Antolina Fernández
Grupo de teatro espontáneo de Pontevedra.

Historias do Chapapote ...

Teatro espontáneo:
un espacio onde verter as tuas
historias do chapapote...

Mércores 5 de marzo ás 19 h.
na praza da Verdura

Dirixente: Marta Rosa Álvarez
Música: Luís Fernández
Actores-Participantes:
Ana
Amalia
Encarna
Concha
Julio
Miquel
Mercedes
Rosa

NUNCA MÁIS
CONVIVIA e Plataforma NUNCA MÁIS

Cartel Anunciator: Rosa Fernández Concha
Fotografía: Xosé Luís Alonso

Groupo de Teatro Espontáneo de Pontevedra

"Onde poñemos as manitas a destra e a esquerda e fermamos que era a praia"

"Como disfrutabamos!! O mar era azul e limpo..."

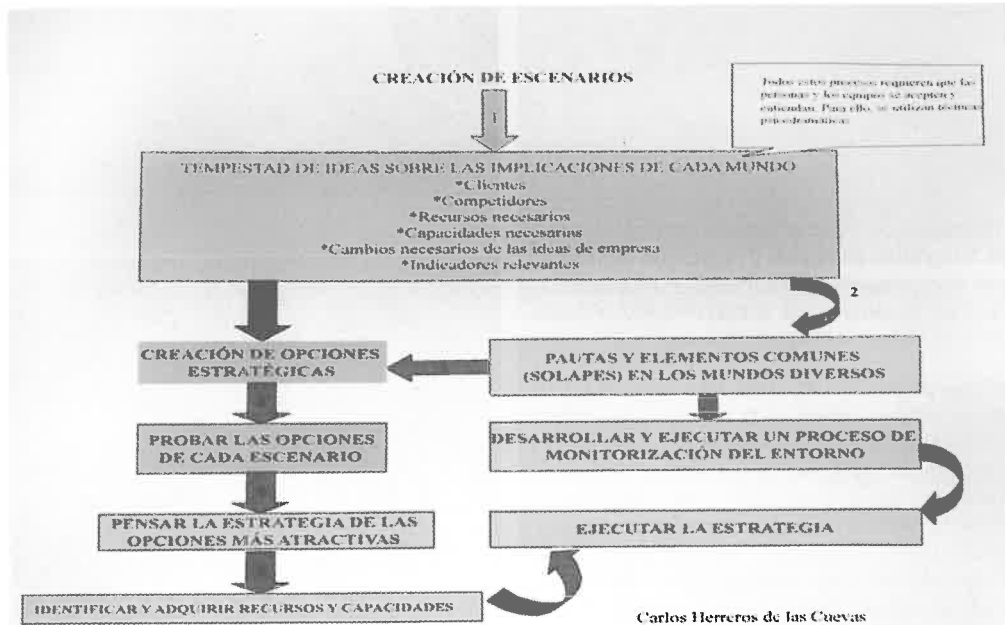
"NUNCA VOLTARÁ A SER IGUAL!!"

"Está o outro castro. O meu Bibe era que andaba..."

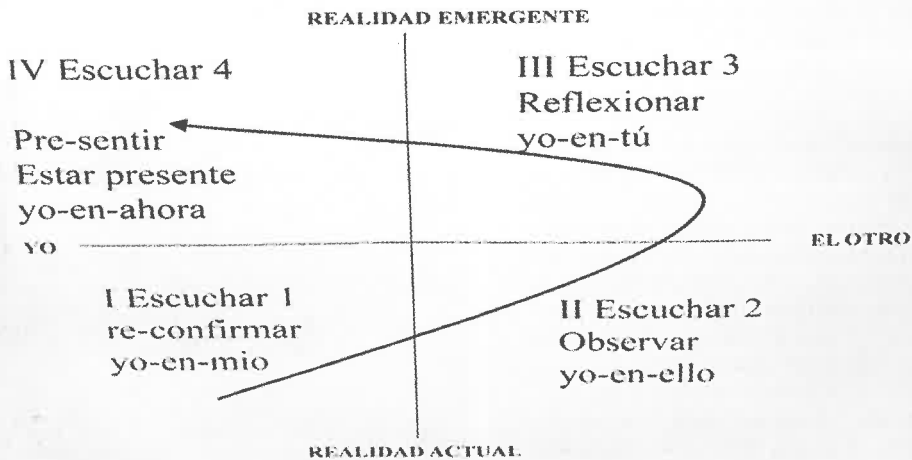
"Un político di que NUNCA MÁIS NUNCA!!!"

7.7. Aplicación del Psicodrama a dinámicas grupales en organizaciones

Carlos Herreros de las Cuevas



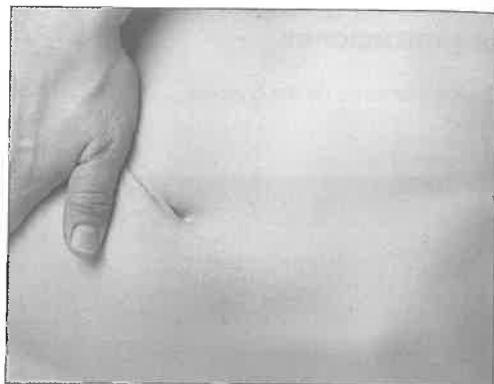
FASES DE LAS CONVERSACIONES ESTRATÉGICAS



Carlos Herreros de las Cuevas

7.8. Presencia del cuerpo

Jordi Botella de Maglia



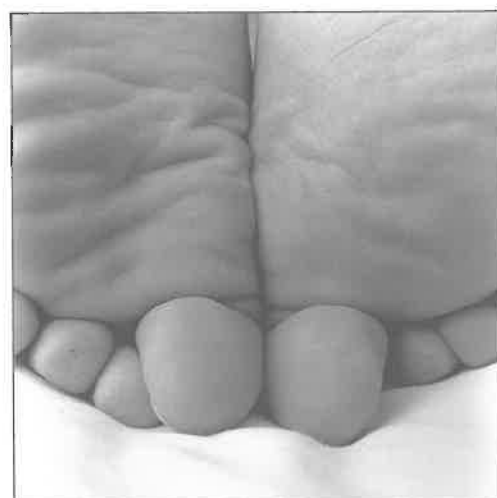
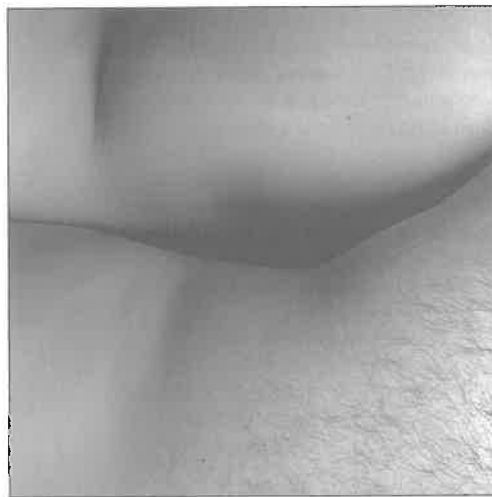
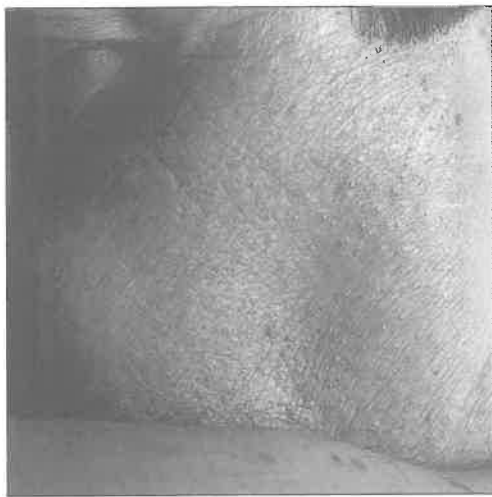
"Presencia del cuerpo" es una mini exposición de fotografías en blanco y negro que representa una muy pequeña selección de un proyecto mucho más amplio que vengo realizando desde hace ya tiempo dedicado al cuerpo.

Mi cuerpo soy tan yo, como mi mente. Él me da forma visible, audible, táctil, olfativa y gustativa, en definitiva me hace sensible. Él me expresa y ayuda a comunicarme de una forma probablemente mucho más profunda, más sutil y más llena de matices que las palabras o las ideas intelectuales expresadas con ellas. Él da sonido a las palabras pronunciadas, ritmo, entonación y silencio proporcionando esa dimensión individual y concreta que las palabras por sí solas no podrían alcanzar. La conciencia de todo esto propició que un día sintiera la necesidad de pensar menos en las ideas y me parase a ver y escuchar mi cuerpo, a descubrirlo, y a descubrir el de todos aquellos que han querido compartir el suyo conmigo en esta apasionante experiencia.



Mis "modelos", por llamarlo así, son personas cotidianas, amigos, conocidos o simplemente personas que por uno u otro motivo se han sentido interesados por este proyecto y se han ofrecido a participar en él. Hombres y mujeres que se exponen a ese ojo escrutador que es la cámara, pero también, que descubren su propio cuerpo, y con él, a sí mismos a través de sus imágenes. Estas imágenes son el resultado de una especie de diálogo fructífero entre la persona que expone su cuerpo y mi mirada que lo recorre. De alguna manera se podría decir que explorando el cuerpo de los demás, abriéndome a los demás, descubro mi propio cuerpo, me descubro a mi mismo.





7.9. Poema leído en el “Paseo Músico-Poético”

Por Ángela Rodríguez, en la Antigua Capilla del Rectorado de la Universidad de Salamanca, acompañado de la interpretación de “Fragmentos de tres sonatas” de T. Albinoni.

Hombre naciente

Prepárame una cuna de madera inocente
y pon bandera blanca sobre su cabecera.
Voy a nacer. Y, desde tí, mi madre,
pido la paz y pido la palabra.

Pido una tierra sin metralla enjuta
de llanto y sangre, limpia de cenizas,
libre de escombros. Saneada tierra
para sembrar a pulso la simiente
que tengo entre mis dedos apretada..

Pido la paz y la palabra. Pido
un aire sosegado, un cielo dulce,
un mar alegre, un mapa sin fronteras,
una argamasa de sudor caliente
sobre las cicatrices y fisuras.

Pido la paz y pido a mis hermanos
los hijos de mujer de todo el mundo
que escuchen esta voz y se apresuren,
que se levanten al rayar el día
y vayan al más próximo arroyuelo.
Laven allí sus manos y su boca,
se quiten los gusanos de las uñas,
saquen su corazón a que le dé el aire,
expurgen sus cabellos de serpientes
y apaguen la codicia de los ojos.

Después, que vengan a nacer conmigo.
Haremos entre todos cuenta nueva.
Quiero vivir. Lo exijo por derecho.
Pido la paz y entrego la esperanza.

-Ángela Figuera Aymerich-

PARTE II

Introducción a la Historia de la AEP

Historia de la AEP. Introducción a la Historia de la AEP. Introducción a la Historia de la AEP.

Historia de la AEP. Introducción a la Historia de la AEP.

Historia de la AEP. Introducción a la Historia de la AEP. Introducción a la Historia de la AEP.

Historia de la AEP. Introducción a la Historia de la AEP. Introducción a la Historia de la AEP.

Historia de la AEP. Introducción a la Historia de la AEP. Introducción a la Historia de la AEP.

Historia de la AEP. Introducción a la Historia de la AEP. Introducción a la Historia de la AEP.



1. Nuestra historia desde 1984 a 2003

Marisol Filgueira Bouza
*Coordinadora de la Subcomisión de Trabajo de
la Comisión Mixta*

La Asociación Española de Psicodrama fue fundada en 1984 (el 29 de Enero de 1984 tuvo lugar la reunión fundacional en Barcelona y el 4 de Marzo de 1984 se reunió su primera Junta Directiva en Madrid). Es miembro de la Asociación Internacional de Psicoterapia de Grupo (I.A.G.P. www.iagpweb.org) y de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P. www.feap.es). Agrupa a trabajadores y promotores de la salud mental, de diferentes ámbitos profesionales, interesados en la teoría e instrumentos del psicodrama. Tiene como objetivos contribuir a la difusión de la aplicación del psicodrama en diferentes áreas y entornos profesionales; fomentar el intercambio de información y experiencia; promover la investigación y el desarrollo científico, profesional y técnico del psicodrama; impulsar la docencia de la teoría y metodología psicodramática; y mantener fundamentos eclécticos que permitan la incorporación y participación de escuelas diversas de psicodrama. Procura difundir las teorías, técnicas e instrumentos psicodramáticos por medio de publicaciones, reuniones, talleres y colaboraciones con sociedades y entidades afines, tanto en el territorio español como en el extranjero. El presidente y demás cargos de la Junta Directiva y los socios de la A.E.P. representan a la asociación en las entidades y eventos científicos de relevancia a nivel nacional e internacional (F.E.A.P., F.E.P.T.O.*, I.A.G.P., Congreso Iberoamericano de Psicodrama, Encuentro Internacional de Psicodrama, congresos de la S.E.P.T.G. y de la S.P.P., ...). Anualmente, la A.E.P. celebra reuniones y/o jornadas de talleres cuyas actas se publican. Trimestralmente, publica también La Hoja de Psicodrama (hoja-psicodrama@terra.es). En la actualidad, supera el centenar de socios.

Cuenta con un sistema de acreditaciones de Psicoterapeutas y Programas de Formación en Psicodrama homologable con las normativas nacionales e internacionales vigentes pertinentes (F.E.A.P., F.E.P.T.O. Federation of European Psychodrama Training Organizations) <http://members.tripod.com/~portaroma/fepto.htm>

Nuestras reuniones nacionales

(Lugar, fecha, tema, organizador/a principal del congreso, comité científico; cuando procede, se indica el/la director/a del taller pre- o post-congreso)

- I) Granada, 1984 (13-14 Octubre): Modelos teóricos y técnicas psicodramáticas. José María López Sánchez.
- II) Santander, 1985 (11-12 Octubre): Aspectos técnicos y factores de cambio en psicodrama. Coordinadora General: Carmen Fernández Rodríguez. Coordinadores Científicos: Pablo Población Knappe y Daniel Valiente Gómez.
- III) Barcelona, 1986 (6-7 Diciembre): Psicodrama en la institución. Coordinadora General: Ruth Tarquini. Comité Científico: Magda Bosch Verdaguer, Sergio Canadé, Francisco García Llorens, Rosa Masip Argilaga y Leonardo Satne.
- IV) Madrid, 1987 (5-6 Diciembre): Psicodrama en grupos específicos. Elisa López Barberá.
- V) Sevilla, 1989 (1-2 Abril): La escena psicodramática. Mara Sánchez Mur.
- VI) Santiago de Compostela (La Coruña), 1990 (6-9 Abril): Personalidad y psicopatología

- del psicodramatista. Coordinador General: Raimundo Mateos Álvarez. Coordinadora de la Ponencia: Marisol Filgueira Bouza. Taller pre-congreso: Genosociogramas.- Terapia transgeneracional (Anne Ancelin Schützenberger). Taller post-congreso: La teoría de la espontaneidad para el desarrollo infantil y su significado para la comprensión de las relaciones objetales tempranas (Grete Anne Leutz).
- VII) Santillana del Mar (Cantabria), 1991 (31 Mayo-2 Junio): El cuerpo en psicodrama. Carlos Mirapeix Costas.
- VIII) Reus (Tarragona), 1992 (1-3 Mayo): Integraciones teóricas en psicodrama. Coordinador General: Ernesto Fonseca Fábregas. Coordinador Científico: Luis Ferrer i Balsebre.
- IX) Tordesillas (Valladolid), 1993 (4-6 Junio): Psicodrama: Ciencia, Arte y Magia. Coordinador General: José Antonio Espina Barrio. Coordinadora de la Ponencia: Marisol Filgueira Bouza.
- X) Archena (Murcia), 1994 (29 Abril-1 Mayo): Sociometría y sociodrama. Coordinadores Generales: Mario Arnaldos Payá y José Luis Molino Contreras. Coordinador de la Ponencia: Pablo Álvarez Valcarce.
- XI) Vitoria, 1995 (2-5 Junio): Teoría, clínica y formación en psicodrama en España. Coordinadora General: M^a Ángeles Becerro Rodríguez. Coordinador Científico: Pablo Población Knappe. Taller post-congreso en Bilbao: La muerte y los muertos dentro de mí (Sergio Perazzo).
- XII) La Coruña, 1996 (21-24 Junio): Diversas culturas, una misma escena. Coordinadora General: Marisol Filgueira Bouza. Coordinador Científico: Francisco Delgado Montero. Taller post-congreso: El psicodrama aplicado a pacientes psicóticos (Francisco Delgado Montero).
- XIII) Salamanca, 1997 (27 Febrero-2 Marzo): Diversas culturas, una misma escena. Ponencia de la A.E.P. en el I Congreso Iberoamericano de Psicodrama (se contabilizó como reunión anual de la A.E.P.). Coordinadora General: Elisa López Barberá. Coordinador de la Organización: Roberto de Inocencio Biangel. Coordinador de la Ponencia: Pablo Población Knappe.
- XIV) Sevilla, 1998 (26-29 Marzo): Psicodrama, un proyecto de futuro. Coordinadora General: Myriam Soler Baena. Coordinador Científico: Danilo Ubrí Acevedo.
- XV) Barcelona, 1999 (21-24 Octubre): El psicodrama y otras psicoterapias. Coordinador General: Fernando Domínguez Inchaurrondo. Coordinador de la Ponencia: José Antonio Espina Barrio.
- XVI) San Lorenzo de El Escorial (Madrid), 2000 (3-5 Noviembre): Psicodrama y Salud. Coordinador General: Teodoro Herranz Castillo. Comité Científico: M^a Ángeles Egido Aguilera, Elisa López Barberá y M^a Ángeles Prieto Martín.
- XVII) Granada, 2001 (28-30 Septiembre): Psicodrama en (las) crisis. Coordinadora General: Gracia Sáez Busto. Comité Científico: Elisa López Barberá, José M^a López Sánchez, Teodoro Herranz Castillo y Roberto de Inocencio Biangel.
- XVIII) Sigüenza (Guadalajara), 2002 (15-17 Noviembre): Construyendo el futuro de la Asociación Española de Psicodrama (Jorge Burmeister). M^a Angeles Egido Aguilera. (Aunque fue una jornada de talleres experienciales, se computó como reunión nacional, dado que ese año no hubo congreso y se estaba abordando la situación crítica de la A.E.P.).
- XIX) Salamanca, 2003 (14-16 Noviembre): Psicodrama y diversidad cultural. Coordinadora General: Ana M^a Fernández Espinosa. Coordinación Científica: Ana Imaña Martínez.

Nuestras jornadas de talleres

(Lugar, fecha, tema, director/a del taller y organizador/a principal de la jornada)

- I) Medina del Campo (Valladolid), 1993 (14-16 Octubre): I Talleres de la Asociación Española de Psicodrama (sin título). Impartidos por los socios. José Antonio Espina Barrio.
- II) Medina del Campo (Valladolid), 1994 (5 y 6 Septiembre): Talleres de Psicodrama con Dalmiro Bustos. José Antonio Espina Barrio.
- III) Bakio (Vizcaya), 1995 (29 Septiembre-1 Octubre): Compartiendo la experiencia. Impartidos por los socios. M^a Ángeles Becerro Rodríguez.

- IV) Santa Cruz (La Coruña), 1996 (22-24 Noviembre): Caleidoscopio psicodramático. Impartidos por los socios. Marisol Filgueira Bouza.
- V) Salamanca, 1997 (14-16 Noviembre): V Talleres de la Asociación Española de Psicodrama (sin título). Impartidos por los socios. Esperanza Fernández Carballada.
- VI) Madrid, 1998 (5 y 6 Septiembre): Psicoterapia de la relación y psicodrama interno (José de Souza Fonseca Filho). Teodoro Herranz Castillo y Ascensión Pintado Calvo.
- VII) Santa Cruz (La Coruña), 2000 (3-5 Marzo): Amor, Poder, Violencia (M^a Elena Garavelli). Marisol Filgueira Bouza.

Nuestros presidentes

- Enric Grañén i Raso (1984-1988)
- Pablo Población Knappe (1988-1990)
- Roberto Inocencio Biangel (1990-1992)
- José Antonio Espina Barrio (1992-1996)
- Marisol Filgueira Bouza (1996-1998)
- Teodoro Herranz Castillo (1998-2000)
- Ernesto Fonseca Fábregas (2000-2002)
- Antonio Pintado Calvo (2002-....)

Los editores de la hoja de psicodrama

- Danilo Ubrí Acevedo (1993-1996)
- Mario Arnaldos Payá (1996-1999)
- Ascensión Pintado Calvo (1999-2002)
- M^a Ángeles Egido Aguilera (2003-....)

Socios de honor

- Enric Grañén i Raso (España). Propuesto y nombrado en 1988.
- Anne Ancelin Schützenberger (Francia). Propuesta y nombrada en 1990.
- Grete Anne Leutz (Alemania). Propuesta y nombrada en 1990.
- Pablo Población Knappe (España). Propuesto en 1998. Nombrado en 2001.
- Jaime Guillermo Rojas Bermúdez (Argentina). Propuesto en 1998.
- José Antonio Espina Barrio (España). Propuesto en 1998.
- Daniel Valiente Gómez (España). Propuesto en 1998.

Socios beneméritos

- Ángel Espina Barrio (España). Propuesto y nombrado en 1997.
- Jorge Burmeister (Suiza). Propuesto y nombrado en 2003.
- Sociedades hermanadas
- Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo (S.E.P.T.G.)
- Sociedade Portuguesa de Psicodrama (S.P.P.)

Núcleos destacados de formación

- Andalucía
- Cantabria
- Castilla-León
- Cataluña
- Galicia
- Madrid
- Navarra
- País Vasco

Principales escuelas con formadores / programas acreditados

En este listado, se incluyen centros, escuelas y docentes con reconocida tradición formativa en Psicodrama por la A.E.P. (aunque algunos actualmente se han disuelto, causaron baja o trabajan con nombre/equipo diferente), cuyos responsables están acreditados como Psicodramatistas por la A.E.P. y/o como Psicoterapeutas por la F.E.A.P. (en algunos casos también como Supervisores Docentes o Supervisores Clínicos al pertenecer a un equipo docente con un programa de formación acreditado), o bien han presentado su programa ante la Comisión de Acreditaciones de la A.E.P.

Se facilita a modo de referente, no tiene pretensión de exhaustividad y no se incluyen escuelas que, contando con Psicodramatistas acreditados en su equipo, se dedican preferentemente a la formación en Terapia Familiar, por resultar más idóneamente destacados en los listados pertinentes de las Asociaciones y Federaciones de Terapia Familiar (www.feاتف.org). Hay más Psicodramatistas acreditados que trabajan en el sector público y/o privado, pudiendo impartir formación, cuyos datos pueden consultarse en las webs de la A.E.P. y de la F.E.A.P. (www.feap.es)

- Centro Alea Psicólogos. Amelia Coppel Hidalgo y Rosa Rey Pousada. La Coruña.
 - Centro de D. Francisco Delgado Montero y D. José Díaz Morfa. Madrid.
 - Centro de D. Roberto de Inocencio Biangel. Santander.
 - Centro de Dña. Myriam Soler Baena. Sevilla.
 - Centro de Psicología Clínica, Terapia de Grupo y Psicodrama. Esperanza Fernández Carballada. Salamanca.
 - Centro de Sicodrama, Sociodrama y Sicodanza. Jaime Guillermo Rojas Bermúdez y Graciela Cristina Moyano Facián. Sevilla.
 - Escola de Sicodrama i Sociometría de Catalunya. Ernesto Fonseca Fábregas. San Cugat del Vallés (Barcelona).
 - Escuela de Psicodrama de Barcelona. Fernando Domínguez Inchaurredo. Barcelona.
 - Escuela de Psicoterapia y Psicodrama. Teodoro Herranz Castillo. Madrid.
 - Grupo de Estudios de Psicodrama. Pablo Álvarez Valcárcel. Madrid.
 - Hazkunde. Instituto para la Promoción de la Salud Mental. M^a Ángeles Becerro Rodríguez. Bilbao.
 - Instituto Español de Psicodrama Psicoanalítico. Daniel Valiente Gómez. Madrid.
 - Instituto de Estudios Psicoterapéuticos. Carlos Mirapeix Costas. Santander.
 - Instituto Internacional de Relaciones Humanas "Dean and Doreen Elefthery". Roberto de Inocencio Biangel, Mercedes Lezaún Alecha, Julián Alberdi Méndez y Ana M^a Imaña Martínez. Pamplona.
 - Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama (I.T.G.P.). Pablo Población Knappe y Elisa López Barberá. Madrid.
 - I.T.G.P.-Delegación en Galicia. Marisol Filgueira Bouza y Luis Ferrer i Balsebre. La Coruña. Manuel Castro Soto. Pontevedra.
 - I.T.G.P.-Delegación en Valladolid (antiguo I.C.E.P.P.). José Antonio Espina Barrio.
- Publicaciones**
- LA HOJA DE PSICODRAMA. Revista de la A.E.P. publicada trimestralmente desde 1993(3er. Trim.). 45 números hasta la fecha (figuran 44 por errores en la numeración).
 - Biblioteca de la A.E.P. La Hoja de Psicodrama, 1996(Jul-Ago), Año 3, 19^a edición, 6-7. (Depositados en el Hospital Psiquiátrico Dr. Villacián de Valladolid. Contacto: José Antonio Espina Barrio).
 - Libros en depósito de la A.E.P. La Hoja de Psicodrama, 1998(1er. Trim.), Año 6, 24^a edición, 12-13. (Depositados en el Hospital Psiquiátrico Dr. Villacián de Valladolid. Contacto: José Antonio Espina Barrio).
 - Modelos teóricos y técnicas psicodramáticas. Actas de la I Reunión Nacional de la A.E.P. (Granada 1984). Diputación Provincial de Granada, 1986.
 - Psicodrama en la institución. Actas de la III Reunión Estatal de la A.E.P. (Barcelona 1986). Informaciones Psiquiátricas, 1986 (4^o Trim.), 106
 - Aspectos técnicos y factores de cambio en psicodrama. En este número se recopilan algunos trabajos de la II Reunión Nacional de la A.E.P. (Santander 1985) y las Actas de la IV Reunión Nacional de la A.E.P.: Psicodrama en grupos específicos (Madrid 1987). Informaciones Psiquiátricas, 1989 (1er. Trim.), 115.
 - V y VI Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama. Sevilla 1989 (La escena en psicodrama) y Santiago de Compostela 1990 (Personalidad y psicopatología del psicodramatista). Informaciones Psiquiátricas, 1991(4^o Trim.)-1992(1er. Trim.), 126-127.
 - Psicodrama: ciencia, arte y magia. Actas de la IX Reunión Nacional de la A.E.P. (Tordesillas 1993). Informaciones Psiquiátricas, 1993(2^o Trim.), 132.
 - Teoría, clínica y formación en psicodrama en España. Actas de la XI Reunión Nacional de la A.E.P. (Vitoria 1995). Informaciones Psiquiátricas, 1995(2^o Trim.), 140.
 - Diversas culturas, una misma escena. Actas de la XII Reunión Nacional de la A.E.P. (La Coruña 1996). Diputación Provincial de La Coruña, 1996.
 - 1er. Congreso Iberoamericano de Psicodrama. Ponencia y XIII Reunión Nacional de la A.E.P.: Diversas culturas, una misma escena

- (Salamanca 1997). Instituto de Estudios de Iberoamérica y Portugal. Universidad de Salamanca, 1997.
- Psicodrama, una propuesta de futuro. Actas de la XIV Reunión Nacional de la A.E.P. (Sevilla 1998). Padilla Libros Editores & Libreros. Sevilla, 1998.
 - Psicodrama y otras psicoterapias. Actas de la XV Reunión Nacional de la A.E.P. (Barcelona 1999). Janssen-Cilag, S.A. Barcelona, 1999.
 - Teodoro Herranz Castillo (editor). Psicodrama y salud. Actas de la XVI Reunión Nacional de la A.E.P. (El Escorial 2000). Universidad Pontificia de Comillas. Madrid, 2001.
 - Carta a los socios de la Coordinadora de la XI Reunión de la A.E.P. M^a Ángeles Becerro Rodríguez. HP, 1994 (Sep-Oct), 2(8), 4.
 - Los Talleres de Psicodrama con Dalmiro Bustos en Medina del Campo. Esperanza Fernández Carballada. HP, 1994 (Sep-Oct), 2(8), 7-10.
 - Talleres de psicodrama con el Dr. Dalmiro Bustos. José Antonio Espina Barrio y Virginia Vázquez Arias. HP, 1994 (Nov-Dic), 2(9), 8.
 - III Talleres de la A.E.P. M^a Ángeles Becerro Rodríguez. HP, 1995 (May-Jun), 3(11), 10.
 - Nuestro encuentro con Sergio Perazzo. Susana Baer Mieses. HP, 1995 (May-Jun), 3(11), 21-23.

Comentarios a nuestras jornadas publicados en la hoja de psicodrama (HP)

Además de los contenidos en las secciones Editorial, La Página del Presidente y Socios, y los registros de las Actas de las Asambleas, que suelen hacer referencia a nuestras actividades, se han publicado las siguientes reseñas:

- Acta de la IX Reunión Nacional de la A.E.P. Marisol Filgueira Bouza. HP, 1993 (Nov-Dic), 1(2), 1-13.
- Talleres de Psicodrama en Medina del Campo. José Antonio Espina Barrio. HP, 1993 (Dic), 1(3), 1-2.
- Resultados de la encuesta de los I Talleres. José Antonio Espina Barrio. HP, 1993 (Dic), 1(3), 3.
- Ecos periodísticos de la IX Reunión Nacional de la A.E.P. José Antonio Espina Barrio. HP, 1993 (Dic), 1(3), 4.
- Anexo al Acta de la IX Reunión de la A.E.P.: una experiencia de Psicodrama público. Francisco Delgado Montero. HP, 1994 (Ene-Feb), 2(4), 4-6.
- Noticias de Reuniones, Jornadas y Congresos. Danilo Ubrí Acevedo. HP, 1994 (Mar-Abr), 2(5), 3-4.
- II Talleres de Psicodrama en Septiembre con la participación de Dalmiro Bustos. José Antonio Espina Barrio. HP, 1994 (May-Jun), 2(6), 3.
- Comentario sobre el desarrollo de las Comunicaciones a la Ponencia "Sociometría y Psicodrama" de la X Reunión. Pablo Álvarez Valcarce. HP, 1994 (Jul-Ago), 2(7), 6-7.
- I Encuentro Iberoamericano de Psicodrama. José Antonio Espina Barrio. HP, 1995 (Jul-Ago), 3(12), 6.
- XII Reunión Nacional de la A.E.P.: Diversas culturas, una misma escena. Marisol Filgueira Bouza. HP, 1995 (Sep-Oct), 3(13), 7-10.
- Reflexiones sobre el Taller de Sociodrama Institucional de la A.E.P. Francisco Delgado Montero. HP, 1995 (Sep-Oct), 3(13), 11-12.
- Psicodrama no País Vasco. Sergio Perazzo. HP, 1995 (Nov-Dic), 3(14), 8.
- ¿Qué hace un Grupoanalista en un taller de Psicodramatistas?. Compartir la experiencia. Bakio 29-30 de Septiembre y 1 de Octubre de 1995. Víctor Ortega Zarzosa. HP, 1995 (Nov-Dic), 3(14), 9.
- Carta de la Coordinadora de la XII Reunión de la A.E.P. a los socios. Marisol Filgueira Bouza. HP, 1995 (Nov-Dic), 3(14), 28-29.
- Repetición por errata: ¿Qué hace un Grupoanalista en un taller de Psicodramatistas?. Compartir la experiencia. Bakio 29-30 de Septiembre y 1 de Octubre de 1995. Víctor Ortega Zarzosa. HP, 1996 (Ene-Feb), 4(15), 6.
- Programa XII Reunión Nacional de la A.E.P.: "Diversas culturas, una misma escena". Marisol Filgueira Bouza. HP, 1996 (Ene-Feb), 4(15), 7-18.
- XII Reunión Nacional de la A.E.P.: "Diversas culturas, una misma escena". Marisol Filgueira Bouza. HP, 1996 (Mar), 4(16), 1-21.
- Desde el pellizquito en el Plexo Solar. Sobre el encuentro en A Coruña. Víctor Ortega Zarzosa. HP, 1996 (Jul-Ago), 3(19), 4.

- Talleres de A Coruña: "Caleidoscopio Psicodramático". Marisol Filgueira Bouza. HP, 1996 (Jul-Ago), 3(19), 13-14.
- I Congreso Iberoamericano de Psicodrama. Elisa López Barberá. HP, 1996 (Sep-Oct), 3(20), 12-15.
- Los Talleres de Santa Cruz - A Coruña: "Caleidoscopio Psicodramático" por Jáguara Chaplet. HP, 1996 (Nov-Dic), 3(21), 12-13.
- Talleres de Santa Cruz (La Coruña) por Replanteante no Replicado. Cleopatra. HP, 1996 (Nov-Dic), 3(21), 14.
- 1er. Congreso Iberoamericano. Noticias del Congreso y Programa. Elisa López Barberá. HP, 1996 (Nov-Dic), 3(21), 19-25.
- V Talleres de la A.E.P. Esperanza Fernández Carballada. HP, 1997 (Abr), 3(22), 20.
- Encuesta sobre los Talleres. Mario Arnaudos Payá. HP, 1997 (Abr), 3(22), 21.
- Carta a los asistentes al 1er. Congreso Iberoamericano de Psicodrama. Elisa López Barberá. HP, 1997 (Abr), 3(22), 22.
- V Talleres de la A.E.P. Esperanza Fernández Carballada. HP, 1997 (Jul), 3(23), 14.
- XIV Reunión de la A.E.P. Danilo Ubrí Acevedo. HP, 1997 (Jul), 3(23), 15.
- Encuesta de opinión sobre los talleres de la AEP. Mario Arnaudos Payá. HP, 1997 (Jul), 3(23), 15.
- I Congreso Iberoamericano de Psicodrama. José Antonio Espina Barrio. HP, 1997 (Jul), 3(23), 22-24.
- Nota sobre los V Talleres de la A.E.P., celebrados en Salamanca. Esperanza Fernández Carballada. HP, 1998 (1er. trim.), 6(24), 14-15.
- Pre-programa de la XIV Reunión Nacional de la A.E.P. Myriam Soler Baena. HP, 1998 (1er. trim.), 6(24), 21-23.
- VI Talleres de Psicodrama. Teodoro Herranz Castillo. HP, 1998 (2º trim.), 6(25), 10.
- Psicoterapia de la relación (contenidos trabajados en los VI Talleres de la A.E.P. Madrid 1998). José Fonseca. HP, 1998 (3er. trim.), 6(26), 13-20.
- Sobre congresos y talleres (XIV Reunión Nacional y VI Talleres). Marisol Filgueira Bouza. HP, 1998 (3er. trim.), 6(26), 21-22.
- Memoria del programa científico de la XIV Reunión de la A.E.P. Danilo Ubrí Acevedo. HP, 1999 (1er. trim.), 7(27), 12-13.
- Psicodrama interno (contenidos trabajados en los VI Talleres de la A.E.P. Madrid 1998). José Fonseca. HP, 1999 (1er. trim.), 7(27), 16-23.
- XV Reunión Nacional de la A.E.P. Fernando Domínguez Inchaurredo. HP, 1999 (3er. trim.), 7(29), 11-14.
- Reseña de los VII Talleres de la A.E.P. Belén Hernández Zoido. HP, 2000 (1er. trim.), 8(30), 18.
- Taller con Zerka Toeman Moreno. Teodoro Herranz Castillo. HP, 2000 (2º trim.), 8(31), 16.
- Encuentro en El Escorial: XVI Reunión de la A.E.P. Teodoro Herranz Castillo. HP, 2000 (4º trim.), 8(33), 17.
- Fotografías de la XVI Reunión de la A.E.P. Fabiola Cortés-Funes. HP, 2000 (4º trim.), 8(33), 15.
- Colaboración Especial (contenidos trabajados en la XVII Reunión Nacional de la A.E.P. Granada 2001). Jorge Burmeister. HP, 2001 (3er. trim.), 9(36), 16-21.
- A.E.P. Análisis del Encuentro. Construyendo el futuro de la Asociación Española de Psicodrama. 17-19 de septiembre de 2002. Sigüenza. Jorge Burmeister. HP, 2003 (1er. trim.), 11(41), 7-9.
- ¿El espíritu de Sigüenza?. Ana M^o Fernández Espinosa. HP, 2003 (1er. trim.), 11(41), 14-15.
- Entre Sigüenza y Salamanca. Natacha Navarro Roldán. HP, 2003 (1er. trim.), 11(41), 16.
- Sobre la próxima reunión de la A.E.P. en Salamanca. Ana Imaña. HP, 2003 (2º trim.), 11(42), 5.
- Y en la próxima reunión... Ana M^a Fernández Espinosa. HP, 2003(2º trim.), 11(42), 6-8.
- Nota para La Hoja de Psicodrama. Ana M^a Fernández Espinosa. HP, 2003 (3er. trim.), 11(42), 6.
- Psicodrama y diversidad cultural. Ana M^a Fernández Espinosa. HP, 2003 (3er. trim.), 11(42), 7-10.
- Programa del congreso: Psicodrama y diversidad cultural. Ana M^a Fernández Espinosa. HP, 2003 (4º trim.), 11(44), 5-11.

Ejemplares de la hoja de psicodrama numerados erróneamente

- Enero/Febrero 1995, Año 3 n° 9 → n° 10.
- Marzo/Abril 1995, Año 3 n° 10 → n° 11.
- Mayo/Junio 1995, Año 3 n° 11 → n° 12.
- Julio/Agosto 1995, Año 3 n° 12 → n° 13.
- Sept./Octubre 1995, Año 3, n° 13 → n° 14
- Nov./Diciembre 1995, Año 3, n° 14 → n° 15.
- Enero/Febrero 1996, Año 4, n° 15 → n° 16.
- Marzo 1996 (Ed. Esp.), Año 4, n° 16 → n° 17.
- Marzo/Abril 1996, Año 4, n° 17 → n° 18.
- Mayo/Junio 1996, Año 4, n° 18 → n° 19.
- Julio/Agosto 1996, Año 3, n° 19 → Año 4, n° 20
- Sept./Oct. 1996, Año 3, n° 20 → Año 4, n° 21
- Nov./Dic. 1996, Año 3, n° 21 → Año 4, n° 22.
- Abril 1997, Año 3, n° 22 → Año 5, n° 23.
- Julio 1997, Año 3, n° 23 → Año 5, n° 24.
- 1er. trimestre 1998, Año 6, n° 24 → n° 25.
- 2° trimestre 1998, Año 6, n° 25 → n° 26.
- 3er. trimestre 1998, Año 6, n° 26 → n° 27.
- 1er. trimestre 1999, Año 7, n° 27 → n° 28.
- 3er. trimestre 1999, Año 7, n° 28 → Año 7, n° 29
- 4° trimestre 1999, Año 7, n° 29 → n° 30.
- 1er. trimestre 2000, Año 8, n° 30 → n° 31.
- 2° trimestre 2000, Año 8, n° 31 → n° 32.
- 4° trimestre 2000, Año 8, n° 33 (Pág. del presidente: Teodoro Herranz Castillo) → correcto.
- 4° trimestre 2000, Año 8, n° 33 (Pág. del presidente: Ernesto Fonseca Fábregas) → n° 34.
- 1er. trimestre 2001, Año 9, n° 34 → n° 35.
- 2° trimestre 2001, Año 9, n° 35 → n° 36.
- 3er. trimestre 2001, Año 9, n° 36 → n° 37.
- 4° trimestre 2001, Año 9, n° 37 → n° 38.
- 1er. trimestre 2002, Año 10, n° 38 → n° 39.
- 2° trimestre 2002, Año 10, n° 39 → n° 40.
- 3er. trimestre 2002, Año 10, n° 40 → n° 41.
- 1er. trimestre 2003, Año 11, n° 41 → n° 42.
- 2° trimestre 2003, Año 11, n° 42 → n° 43.
- 3er. trimestre 2003, Año 11, n° 43 → n° 44.
- 4° trimestre 2003, Año 11, n° 44 → n° 45.
- Próx. edición: 1er. trim. 2004, Año 12, n° 46

2. Archivo gráfico

Marisol Filgueira Bouza



1. Jacob Levy Moreno 1889-1974



2. Arquitectura del Stegreftheater, Modelo Vienés 1924

Mi agradecimiento a todas las personas que han colaborado en la elaboración de este archivo, contestando a mis mensajes, aportando datos y documentos. También a quienes han contribuido a la fabricación y registro de estos documentos y a quienes lo sigan haciendo en el futuro. Dedicado a todos los compañeros presentes y ausentes que trabajan por el Psicodrama.



3. Enric Grañén i Raso (segundo por la derecha), primer Presidente de la AEP 1984-1988 y Socio de Honor desde 1988 (fallecido en 1991), junto a su esposa. A continuación, Elisa López Barberá y Pablo Población Knappe. En el centro, un psicodramatista italiano, cuyo nombre no hemos averiguado, con su esposa. Seguidamente, José Luis Moreno Chaparro (fallecido en 1995) y Marta Sánchez Mur. A la izquierda, Sergio Canadé y Ruth Tarquini (fallecida en 1996). IV Congreso Nacional, Madrid, 1987.



6. A la izquierda de la imagen, José Antonio Espina, (derecha) Presidente de la AEP 1992-1996, propuesto Socio de Honor de la AEP en 1998 (es Socio de Honor de la Sociedades Portuguesa de Psicodrama) José Manuel Teixeira de Sousa (izquierda), entonces Presidente de la SPP y, como tal, invitado en nuestra XII Reunión Nacional, La Coruña, 1996



4. Marisol Filgueira (centro), Presidente de la AEP 1996-1998, Jose Luis Moreno Chaparro (fallecido en 1995) y Mara Sánchez Mur. X Reunión Nacional, Archena, 1994.



7. Pablo Población, Miembro Fundador y Presidente de la AEP 1988-1990 (también fue Miembro Fundador de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo) y M^a Ángeles Egido, editora de La Hoja de Psicodrama desde 2003. XII Reunión Nacional, La Coruña, 1996.



5. Roberto de Inocencio, Presidente de la AEP 1990-1992 (también fue Presidente de la SEPTG y de la IAGP, nuestro enlace con FEPTO y Socio de Honor de la SPP) y Ángela Reñones, nuestra infatigable fotógrafa, psicodramatista activa en España y Brasil. XII Reunión Nacional, La Coruña, 1996.



8. Teodoro Herranz, Presidente de la AEP 1998-2000. XII Reunión Nacional, La Coruña, 1996.



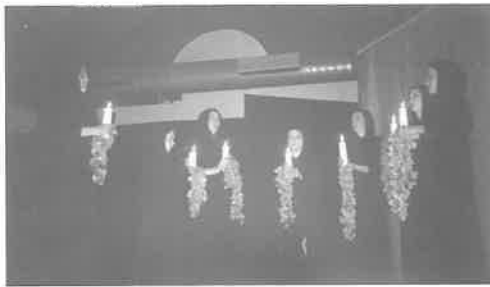
9. Ernesto Fonseca (izquierda), Presidente de la AEP 2000-2002 y Pablo Población (derecha) en el momento de recibir su nombramiento como Socio de Honor de la AEP, propuesto desde 1998. XVII Reunión Nacional, Granada, 2001.



12. Nemesio Cela Salvado, el curandero gallego que participó en nuestra IX Reunión Nacional, Tordesillas, 1993.



10. De frente, en el centro, Danilo Ubrí, editor de La Hoja de Psicodrama 1993-1996. A su derecha, Ascensión Pintado, editora de La Hoja de Psicodrama 1999-2002 y el actual Presidente de la AEP desde 2002, Antonio Pintado. XII Reunión Nacional, La Coruña, 1996.



13. Representación de "Yerma", de Federico García Lorca, por el grupo de teatro L'Elenc Artistic de Tarrasa (Barcelona). XII Reunión Nacional, La Coruña, 1996.



11. Reclinado, a la izquierda, Mario Arnauldos, editor de La Hoja de Psicodrama 1996-1999. No conseguimos una foto mejor. XII Reunión Nacional, La Coruña, 1996.



14. "Queimada" de clausura. XII Reunión Nacional, La Coruña, 1996.

Nuestros invitados



Zerka Toeman Moreno (EEUU). Iba a dirigir el taller post-congreso en Madrid pero un accidente se lo impidió.



Anne Ancelin Schützenberger (Francia). Dirigió el taller pre-congreso en Santiago de Compostela 1990 y este año vuelve a ser nuestra invitada en Salamanca 2003.



José de Souza Fonseca Filho (Brasil). Dirigió la VIª Jornada de Talleres en Madrid 1998.



Grete Annee Leutz (Alemania). Dirigió el Taller Post-congreso en Santiago de Compostela 1990.



Jorge Burmeister (Suiza) Fue nuestro invitado en Granada 2001, Sigüenza 2002 y nuevamente este año en Salamanca 2003.



15. Con Ernesto Fonseca (izda.), Jaime Guillermo Bermúdez (Argentina), invitado en la IX Reunión Nacional de Tordesillas, 1993 y propuesto Socio de Honor de la AEP en 1998. En la sede de la Asociación Argentina de Sicodrama y Sicoterapia de Grupo durante la celebración del Congreso XXV Años de Psicodrama en Argentina, Buenos Aires, 1988.



Francisco Delgado (España). Dirigió el taller post-congreso en La Coruña, 1996, supliendo el lugar de su maestro Pierre Bour (Francia).



Jacob Levy Moreno (Austria). Suele estar presente en todas nuestras jornadas.



16. Taller con Sergio Perazzo (Brasil), sentado en primera fila, tercero por la izquierda. XI Reunión Nacional, Vitoria, 1995. Dirigió ese año el taller post-congreso en Bilbao.



17. En el centro, M^a Elena Garevelli (Argentina) dirigiendo un Taller de Teatro Espontáneo del ITGP-Galicia. Anceu (Pontevedra), 1999. Dirigió la VII^a Jornada de Talleres de la AEP en Santa Cruz (La Coruña), 2000.



20. En el centro, Dalmiro Bustos (Psicodramatista activo en Argentina y Brasil), junto a Héctor Valiente Romerales (hijo de Daniel Valiente) y Pilar Moyano (izquierda), ambos alumnos de psicodrama, Ascensión Pintado y Rosa Cukier (derecha), psicodramatista brasileña colaboradora de José Fonseca. Bustos dirigió la II^a Jornada de Talleres de la AEP en Medina del Campo 1994 y varios talleres más organizados por nuestras escuelas.



18. José de Souza Fonseca Filho (Brasil) en el XIII Congreso Brasileiro de Psicodrama, Bahia, 2002. Dirigió la VI^a Jornada de Talleres de la AEP en Madrid 1998.



21. Daniel Valiente Gómez, Presidente del Instituto Español de Psicodrama Psicoanalítico, propuesto Socio de Honor de la AEP en 1998. I Reunión Nacional, Granada 1984.



19. A la izquierda, Jorge Burmeister (Suiza) dirigiendo el Taller de la XVIII Reunión Nacional de Sigüenza 2002. Participó en la VI Reunión (Santiago de Compostela 1990) y fue nuestro invitado en la XVII (Granada 2001), en la XVIII (Sigüenza 2002) y en la XIX (Salamanca 2003). Es socio Benemérito de la AEP desde 2003.



22. Angel Espina Barrio, profesor de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Salamanca y Socio Benemérito de la AEP desde 1997. Participó en la organización de la XIII (Salamanca 1997) y de la XIX (Salamanca 2003) Reunión Nacional. Ante el Colegio Arzobispo Fonseca durante el "Curso Internacional de Psicoterapia, Psicodrama y Etnopsicología" organizado por el Dto. de Psicología Social y Antropología y la Asoc. de Edtudiantes de la Rep, Oriental de Uruguay. Noviembre 1999.

3. Relación de formadores

Marisol Filgueira Bouza
Coordinadora de la Subcomisión de Trabajo de la Comisión Mixta

1. Formadores y Escuelas de la AEP

- Ana M^a Fernández Espinosa
Psicodramatista
- Ángela Reñones García de Vives.
Psicoterapeuta F.E.A.P. Ha sido colaboradora del Centro de Psicología Clínica, Terapia de Grupo y Psicodrama de Salamanca. Fue propuesta por la A.E.P. ante la F.E.A.P. para su acreditación como Colaboradora Docente, aunque actualmente no está acreditada y ya no es socia de la A.E.P.
- Angel Baldomero Espina Barrio
Vicedecano de la Facultad de Ciencias Sociales. Profesor Titular de Antropología Social. Colabora en cursos, talleres y congresos de la A.E.P., intermediario para cursos extraordinarios de la USAL. Es Socio Benemérito de la A.E.P. desde 1997.
- Asunción Raposo Rodríguez
Psicoterapeuta F.E.A.P. Colabora con Raimundo Mateos y Consuelo Carballal.
- Consuelo Carballal Balsa
Psicoterapeuta F.E.A.P. Colabora con Raimundo Mateos y Asunción Raposo.
- Danilo Ubrí Acevedo
Psicoterapeuta F.E.A.P. y Terapeuta Familiar Supervisor Docente F.E.A.T.F.
- Gracia Sáez Busto
Psicoterapeuta F.E.A.P. Colabora con José María López Sánchez.
- Irene Henche Zabala
Psicoterapeuta F.E.A.P. y Terapeuta Familiar Docente F.E.A.T.F. Supervisor Clínico de Hazkunde, acreditada por la F.E.A.P., Sección Psicoterapia de Grupo, en 2001. Va a presentar su programa de formación en "Psicodrama Simbólico" para acreditación.
- José María López Sánchez.
Imparte formación en psicodrama en la Universidad de Granada <http://www.ugr.es> Hasta ahora no ha respondido a la convocatoria de formadores/escuelas.
- Myriam Soler
Psicoterapeuta F.E.A.P.
- Natacha Navarro Roldán
Psicodramatista. Colabora en la organización del Primer Curso de Verano para la AEP, en la Universidad de Salamanca.
- Raimundo Mateos Álvarez
Psicoterapeuta F.E.A.P. Tiene una larga tradición formativa en la Universidad de Santiago de Compostela (involucrando a la Cátedra de Psiquiatría en actividades de la A.E.P.) aunque, por el momento, tampoco ha definido su participación en el proceso de formadores/escuelas. Colabora con Consuelo Carballal y Asunción Raposo.
- Roberto De Inocencio Biangel
Psicoterapeuta FEAP, grupo analista. No fue presentado por la A.E.P. ante la F.E.A.P. para acreditación, aún reuniendo los requisitos, para economizar en su momento en la cuota que las asociaciones miembro tienen que abonar en función del número de socios acreditados.

- Susana Baer Miseses
Psicoterapeuta F.E.A.P. y Terapeuta Familiar
Supervisor Docente F.E.A.T.F.

- Abano.

El equipo y su programa se presentarán para acreditación. Equipo:

* Concepción Domínguez Rivera.
Ha solicitado su admisión como socia de la A.E.P.

* Rosa Rey Pousada
Psicoterapeuta F.E.A.P.

- Alea Psicólogos.

Este equipo solicitó en su momento la acreditación docente de la A.E.P. La documentación aportada quedó pendiente de ser valorada por la comisión pertinente en 1998. Más adelante fue acreditado. Actualmente está disuelto. Rosa Rey sigue haciendo formación con un nuevo equipo que se presentará para acreditación (Abano, v. en orden alfabético). Equipo:

* Amelia Coppel Hidalgo.
Psicodramatista

* Rosa Rey Pousada
Psicoterapeuta F.E.A.P.

-Asociación Española de Psicodrama Integrativo.

El equipo y su programa se presentarán para acreditación. Equipo:

* José Díaz Morfa
Psicoterapeuta F.E.A.P.

* Viviana Ester Adatto Besignor.
Va a solicitar su admisión como socia de la A.E.P.

- Asociación Instituto Español de Psicodrama Psicoanalítico. Centro Psicoanalítico de Madrid

Programa/equipo acreditado por la F.E.A.P., Sección Psicoterapia de Grupo, en 2001.

* Daniel Valiente Gómez
Psicoterapeuta F.E.A.P. Supervisor Clínico del I.T.G.P.-Madrid, acreditado por la F.E.A.P., Sección Psicoterapia de Grupo, en 2001.
Ya no es socio de la A.E.P.

- Centro de Formación en Psicodrama Triádico y Psicoterapia de Grupo. Han tenido colaboradores como Viviana Adatto Besignor. Impartían formación en Madrid y en Bilbao. El equipo fue acreditado por la A.E.P. en 1998.

Actualmente está disuelto. Francisco Delgado ya no es socio de la A.E.P. José Díaz sí y sigue haciendo formación: ha articulado un nuevo equipo/escuela que presentará para acreditación (Asociación Española de Psicodrama Integrativo, v. en orden alfabético). Equipo:

* Francisco Delgado Montero
Psicoterapeuta F.E.A.P.

* José Díaz Morfa
Psicoterapeuta F.E.A.P.

- Centro de Psicología Clínica, Terapia de Grupo y Psicodrama. Salamanca.

Ha tenido colaboradores como Ángela Reñones y Teodoro Herranz. Solicitó la acreditación docente de la A.E.P. Inicialmente no le fue reconocida la docencia impartida en la Universidad, más adelante el centro fue acreditado. Supervisor Clínico de Hazkunde, acreditada por la F.E.A.P., Sección Psicoterapia de Grupo, en 2001.

* Esperanza Fernández Carballada
Psicoterapeuta F.E.A.P. Colabora en la organización del Primer Curso de Verano para la AEP, en la Universidad de Salamanca

- Centro de Sicodrama, Sociodrama y Sicodanza

Centro acreditado por la A.E.P. en 1998. Equipo:

* Jaime Guillermo Rojas Bermúdez.
Psicoterapeuta F.E.A.P. Supervisor Clínico de Hazkunde, acreditado por la F.E.A.P., Sección Psicoterapia de Grupo, en 2001.

* Graciela Cristina Moyano Facián.
Psicoterapeuta F.E.A.P.

- Escola de Psicodrama i Sociometria de Catalunya (ESCAT) – Associació de Psicodrama i Sociometria de Catalunya (APSCA).

Centro acreditado por la A.E.P. en 1998.

* Ernesto Fonseca Fábregas
Psicoterapeuta F.E.A.P. Va a presentar equipo para acreditación.

- Escuela de Psicodrama de Barcelona.

- * Fernando Domínguez Inchaurredo
Psicodramatista

- Escuela de Psicoterapia y Psicodrama.

Centro acreditado por la A.E.P. en 2002.

- * Teodoro Herranz Castillo
Psicoterapeuta F.E.A.P. y Terapeuta Familiar
Supervisor Docente F.E.A.T.F. Supervisor
Clínico de Hazkunde, acreditado por la F.E.A.P.
Sección Psicoterapia de Grupo, en 2001

- Grupo de Estudios de Psicodrama de Madrid.

Centro acreditado por la A.E.P. en 1998.

- * Pablo Álvarez Valcarce
Psicoterapeuta F.E.A.P., Supervisor Clínico.
- * Andrea Martens Alfaro
Psicoterapeuta F.E.A.P. Profesora estable.
- * Belén Hernández Zoido
Psicoterapeuta F.E.A.P. Profesora estable.
- * Karmen Bozini
Profesora estable. Pendiente acreditación
como Psicoterapeuta F.E.A.P.
- * Sandra Campos Rodríguez
Profesora estable. Pendiente acreditación
como Psicoterapeuta F.E.A.P.

- Hazkunde. Instituto para la Promoción de la Salud Mental.

Centro acreditado por la A.E.P. en 1998.
Programa/equipo acreditado por la F.E.A.P.,
Sección Psicoterapia de Grupo, en 2001. Equipo

- * Antonio Pintado Calvo
Psicoterapeuta F.E.A.P. Supervisor Clínico de
Hazkunde, acreditado por la F.E.A.P.,
Sección Psicoterapia de Grupo, en 2001.
- * Esperanza Fernández Carballada
Psicoterapeuta F.E.A.P. Supervisor Clínico de
Hazkunde, acreditada por la F.E.A.P., Sección
Psicoterapia de Grupo, en 2001.
- * Irene Henche Zabala
Psicoterapeuta F.E.A.P. y Terapeuta Familiar
Docente F.E.A.T.F. Supervisor Clínico de
Hazkunde, acreditada por la F.E.A.P.,
Sección Psicoterapia de Grupo, en 2001.

- * M^a Ángeles Becerro Rodríguez
Psicoterapeuta F.E.A.P. Profesora Estable de
Hazkunde, acreditada por la F.E.A.P., Sección
Psicoterapia de Grupo, en 2001.

- * M^a Ángeles Márquez Navarro
Psicoterapeuta F.E.A.P. Profesora Estable de
Hazkunde, acreditada por la F.E.A.P., Sección
Psicoterapia de Grupo, en 2001.

- * Teodoro Herranz Castillo
Psicoterapeuta F.E.A.P. y Terapeuta Familiar
Supervisor Docente F.E.A.T.F. Supervisor
Clínico de Hazkunde, acreditado por la
F.E.A.P., Sección Psicoterapia de Grupo, en
2001.

- Instituto de Estudios Psicoterapéuticos.

- * Carlos Mirapeix Costas
Psicoterapeuta F.E.A.P. También un miembro
de su equipo, Susana Landín, está interesada
en las actividades de la A.E.P. (no es socia) y,
más concretamente, en el proceso de forma-
dores y escuelas.

- Instituto Internacional de Relaciones Humanas "Dean and Doreen Elefthery"
Instituto de Métodos Grupales de Navarra.
Presentado para acreditación. Equipo:

- * Ana M^a Imaña Martínez
Psicoterapeuta F.E.A.P.
- * Julián Alberdi Méndez
Psicoterapeuta F.E.A.P.
- * Mercedes Lezaún Alecha (directora)
Psicodramatista
- * Roberto de Inocencio Biangel
Psicoterapeuta F.E.A.P.

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

Ha tenido colaboradores como Dalmiro Bustos.
Centro acreditado por la A.E.P. en 1998.
Programa/equipo acreditado por la F.E.A.P.,
Sección Psicoterapia de Grupo, en 2001. Equipo

- * Ascensión Pintado Calvo
Psicoterapeuta F.E.A.P. y Terapeuta Familiar
Colaborador Docente F.E.A.T.F. Profesora
Estable del I.T.G.P.-Madrid, acreditada por la
F.E.A.P., Sección Psicoterapia de Grupo, en
2001.

* Benito Peral Ríos
Psiquiatra. No es socio de la A.E.P.

* Daniel Valiente Gómez
Psicoterapeuta F.E.A.P. Supervisor Clínico del I.T.G.P.-Madrid, acreditado por la F.E.A.P., Sección Psicoterapia de Grupo, en 2001. Ya no es socio de la A.E.P.

* Elisa López Barberá.
Psicoterapeuta F.E.A.P. y Terapeuta Familiar Supervisor Docente F.E.A.T.F. Supervisor Clínico del I.T.G.P.-Madrid, acreditado por la F.E.A.P., Sección Psicoterapia de Grupo, en 2001.

* Fabiola Cortés-Funes Urquijo
Profesora Invitada del I.T.G.P.-Madrid.

* Francisco del Olmo
Profesor Invitado del I.T.G.P.-Madrid. No es socio de la A.E.P.

* José Antonio Espina Barrio
Psicoterapeuta F.E.A.P. y Terapeuta Familiar F.E.A.T.F. Supervisor Clínico del I.T.G.P.-Madrid, acreditado por la F.E.A.P., Sección Psicoterapia de Grupo, en 2001.

* Luis Ferrer i Balsebre
Psicoterapeuta F.E.A.P. y Terapeuta Familiar Docente F.E.A.T.F. Supervisor Clínico del I.T.G.P.-Madrid, acreditado por la F.E.A.P., Sección Psicoterapia de Grupo, en 2001.

* M^a Ángeles Egido Aguilera
Psicoterapeuta F.E.A.P. y Terapeuta Familiar Colaborador Docente F.E.A.T.F. Supervisor Clínico del I.T.G.P.-Madrid, acreditada por la F.E.A.P., Sección Psicoterapia de Grupo, en 2001.

* Marisol Filgueira Bouza
Psicoterapeuta F.E.A.P. y Terapeuta Familiar Supervisor Docente F.E.A.T.F. Supervisor Clínico del I.T.G.P.-Madrid, acreditada por la F.E.A.P., Sección Psicoterapia de Grupo, en 2001.

* Pablo Población Knappe.
Psicoterapeuta F.E.A.P. Supervisor Clínico del I.T.G.P.-Madrid, acreditado por la F.E.A.P. Sección Psicoterapia de Grupo, en 2001.

* Leandro Palacios Ajuria
Profesor Invitado del I.T.G.P.-Madrid. No es socio de la A.E.P.

- I.T.G.P.-Delegación en Galicia.

Servicio de Psiquiatría. Hospital Marítimo de Oza. As Xubias de Abaixo s/n. 15006 La Coruña. Ha tenido colaboradores como Pablo Población Knappe, Elisa López Barberá, Irene Henche Zabala, Pablo Álvarez Valcarce, M^a Elena Garavelli, Mercedes Bao Fernández y Begoña Escorihuela Esteban. Centro acreditado por la A.E.P. en 1998. Se ha ampliado con colaboradores que fueron alumnos hoy diplomados por la Delegación y psicodramatistas de otras escuelas. El nuevo equipo será presentado para acreditación. Equipo:

* Ana Isabel González Vázquez
Ha solicitado su admisión como socia de la A.E.P. Profesora Estable del I.T.G.P.-Galicia.

* Carlos Castro Dono
Ha solicitado su admisión como socio de la A.E.P. Profesor Estable del I.T.G.P.-Galicia.

* Luis Ferrer i Balsebre
Psicoterapeuta F.E.A.P. y Terapeuta Familiar Docente F.E.A.T.F. Supervisor Clínico del I.T.G.P.-Madrid, acreditado por la F.E.A.P., Sección Psicoterapia de Grupo, en 2001.

* Manuel Castro Soto
Psicoterapeuta F.E.A.P. y Terapeuta Familiar F.E.A.T.F. Profesor Estable del I.T.G.P. Galicia

* Marisol Filgueira Bouza
Psicoterapeuta F.E.A.P. y Terapeuta Familiar Supervisor Docente F.E.A.T.F. Supervisor Clínico del I.T.G.P.-Madrid, acreditada por la F.E.A.P., Sección Psicoterapia de Grupo, en 2001.

* Rosa Rey Pousada
Psicoterapeuta F.E.A.P. Profesora Estable de ABANO. Profesora Colaboradora del I.T.G.P.-Galicia.

* Concepción Domínguez Rivera.
Ha solicitado su admisión como socia de la A.E.P. Profesora Estable de ABANO. Profesora Invitada del I.T.G.P.-Galicia.

- I.T.G.P.-Delegación en Valladolid

* José Antonio Espina Barrio
Psicoterapeuta F.E.A.P. y Terapeuta Familiar F.E.A.T.F. Supervisor Clínico del I.T.G.P.-Madrid, acreditado por la F.E.A.P., Sección Psicoterapia de Grupo, en 2001. Actualmente el centro no imparte formación.

2. Colaboradores no socios de la AEP

- Adolfo J. Cangas Díaz
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (Psicología). Edificio A. Universidad de Almería. La Cañada de San Urbano. 04120 Almería. Colabora en la docencia y difusión del psicodrama. Ha participado en congresos de la A.E.P. y está interesado en el proceso de formadores y escuelas.
- Antonio Labad Alquézar.
Director Médico del Hospital Psiquiátrico Universitario Instituto "Pere Mata" Catedrático de Psiquiatría de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad "Rovira i Virgili". Bajo sus auspicios, se dictó un curso de Psicodrama en el Instituto "Pere Mata", impartido por ESCAT, entre 1990-1993. En 2001, se inicia otro curso de estas características del que se hace cargo económicamente la Comisión Tripartita de la Comunidad Económica Europea (FORCEM) a través de la Fundación "Pere Tarrés".
- Carles Ballús Pascual.
Catedrático Emérito de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona. Unidad de Psiquiatría y Psicología Médica. Tradicionalmente ha apoyado la formación en psicodrama y la colaboración de la Universidad con la A.E.P. En esta cátedra se celebraron los 25 años del nombramiento de Jacob Levy Moreno como Doctor Honoris Causa por dicha Universidad.
- Eva Isabel Guillén Guillén
Profesora titular de Escuela Universitaria. Responsable del seminario "Psicoterapia en grupo de escolares", organizado por el Vicerrectorado de Extensión Universitaria Facultad de Educación de la Universidad de Alicante. Departamento de Didáctica General y Didácticas Específicas, Área: Didáctica de la Expresión Corporal. Colabora con ESCAT para docencia de psicodrama.
- José Antonio Cieza García
Facultad de Educación. Ha participado en nuestros congresos y mediado en el convenio de colaboración entre la A.E.P. y la USAL, Vicerrectorado de Planificación e Innovación Docente.
- José Luis Martí Tusquets.
Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona. Instituyó un Máster de Psiquiatría Social que incluía formación en Psicodrama y se impartió entre 1990-1998 en la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Barcelona.
- José Manuel Cornejo Álvarez
Profesor Titular de Psicología Social. Departamento de Psicología Social de la Universidad de Barcelona. Ha participado en congresos de la A.E.P. y está interesado en el proceso de formadores y escuelas.
- Luis de Nicolás y Martínez
Psicoterapeuta F.E.A.P. y Terapeuta Familiar Colaborador Docente F.E.A.T.F. Es Catedrático de Psicología en la Universidad de Deusto donde imparte formación en psicodrama con colaboradores como Mónica Zureti, y ha participado en congresos y talleres de la A.E.P.
- María Palacín Lois
Profesora Titular de Psicología de los Grupos. Departamento de Psicología Social de la Universidad de Barcelona. Passeig de la Vall d'Hebrón 171. 08035 Barcelona. Ha participado en congresos de la A.E.P. y está interesada en el proceso de formadores y escuelas.
- Pilar González López
Catedrática de Psicología de los Grupos. Departamento de Psicología Social de la Universidad de Barcelona. Ha participado en congresos de la A.E.P. y está interesada en el proceso de formadores y escuelas.
- Rosa Mejide Failde
Directora del Departamento de Medicina de la Universidad de La Coruña. Escuela Universitaria de Fisioterapia, Facultad de Ciencias de la Salud. Colabora en ciclos de formación en psicodrama organizados por el I.T.G.P.-Galicia, la Asociación Gallega de Salud Mental, el Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario y la Fundación "Juan Canalejo" con el sistema de libre configuración, aval docente, créditos y cursos de postgrado. La Universidad de La Coruña también ha colaborado en congresos de la A.E.P.

PARTE III

Comunicaciones de otras Reuniones de la AEP

El 15 de mayo de 1983 se celebró la Reunión de la AEP en el Hotel "El Encanto" de la ciudad de Bogotá, Colombia. En esta reunión se discutió el tema de "El rol de la AEP en el desarrollo de la industria petrolera en Colombia". La reunión fue presidida por el Sr. Juan Carlos Rodríguez Cordero, Presidente de la AEP. En la reunión se escuchó un informe del Sr. Juan Carlos Rodríguez Cordero sobre el estado de la industria petrolera en Colombia. El informe destacó el papel de la AEP en el desarrollo de la industria petrolera en Colombia. El Sr. Rodríguez Cordero también destacó el papel de la AEP en el desarrollo de la industria petrolera en Colombia. El Sr. Rodríguez Cordero también destacó el papel de la AEP en el desarrollo de la industria petrolera en Colombia.

El 15 de mayo de 1983 se celebró la Reunión de la AEP en el Hotel "El Encanto" de la ciudad de Bogotá, Colombia. En esta reunión se discutió el tema de "El rol de la AEP en el desarrollo de la industria petrolera en Colombia". La reunión fue presidida por el Sr. Juan Carlos Rodríguez Cordero, Presidente de la AEP. En la reunión se escuchó un informe del Sr. Juan Carlos Rodríguez Cordero sobre el estado de la industria petrolera en Colombia. El informe destacó el papel de la AEP en el desarrollo de la industria petrolera en Colombia. El Sr. Rodríguez Cordero también destacó el papel de la AEP en el desarrollo de la industria petrolera en Colombia. El Sr. Rodríguez Cordero también destacó el papel de la AEP en el desarrollo de la industria petrolera en Colombia.





1. Presentación

Marisol Filgueira Bouza.

Cuando Ana M^a Fernández Espinosa me pidió, como coordinadora de la XIX Reunión Nacional de la A.E.P., que escribiese una presentación de la asociación para los asistentes noveles de manera que pudiesen empezar a conocernos (quiénes somos, de dónde venimos, qué hacemos...), creo que ni ella ni yo sabíamos bien dónde nos metíamos. Por un lado, yo llevaba algunos años intentando encontrar la manera de recuperar los trabajos presentados en nuestras jornadas que habían quedado sin publicar: mi afición coleccionista me llevaba a querer tener completa la serie de programas y publicaciones, y numerosas contribuciones versaban sobre temas que estaba desarrollando en actividades docentes. Por otro lado, tenía interés por recuperar pedazos de la historia de la A.E.P. que me había perdido y donde lamentaba no haber estado presente. El caso es que, con su demanda, Ana dió con una latencia personal para la que estaba muy motivada en un momento, además, en que la sobrecarga habitual de trabajo no era tanta como para rechazar el esfuerzo. Tan sólo faltaba el empujón que me permitiese entender que los resultados no me interesarían sólo a mí, más cuando se está hablando de una necesaria re-construcción que debemos hacer entre todos superando las crisis del pasado. Y este trabajo podría representar un aspecto de esa reconstrucción.

He intentado recuperar esos trabajos inéditos dado el generoso ofrecimiento de los organizadores y patrocinadores de la reunión de este año para publicarlos en las nuevas actas. Algunos de ellos fueron publicados por sus autores en otras fuentes y, en ese caso, hemos intentado registrar su referencia bibliográfica.

También intenté hacer una reseña histórica de la asociación que pretendía ser una breve memoria y, poco a poco, se me fue escapando de las manos pues, a pesar de las dificultades para establecer los contactos necesarios, las sucesivas aportaciones que fui recibiendo me daban más ideas sobre contenidos que merecían incluirse en lo que ahora estamos llamando Archivo de la A.E.P. y que, espero, podamos ir ampliando y actualizando cada año entre todos para que esta información se encuentre disponible en nuestra web y en el fondo de publicaciones. Es muy probable que en esta recopilación preliminar se encuentren lagunas porque, por el momento, no pretende ni puede ser exhaustiva. Para ello, es necesaria la contribución de quienes dispongan de los datos necesarios para completarla, bien a través de las actas de las asambleas o por conocimiento personal.

El resultado ha sido el listado que presentamos sobre las contribuciones presentadas en las reuniones que no se publicaron en actas de la A.E.P., especificando en cada caso si el trabajo ha sido recuperado (se publica en el Anexo) o si ha sido publicado en otra fuente (se facilita la referencia bibliográfica). No se hace ninguna observación cuando no hemos recibido noticia alguna del mismo. El archivo es, como decía, una compilación preliminar de datos y documentos de la asociación. Uno y otro se pueden seguir completando enviándome la información o el documento pertinente a la dirección que figura más abajo.

Agradezco la comprensión y la colaboración de todos los que han aportado ideas, datos, documentos..., respondiéndome a mis correos y demandas que, con toda seguridad, interrumpiré.

pían inoportunamente el acelerado ritmo de trabajo al que estamos sometidos. La lista es demasiado larga para presentarla sin riesgo de olvidar algún nombre. Agradezco especialmente a Ana Fernández y Ana Imaña la oportunidad que me han brindado y su paciencia para ir armando este rompecabezas sin rechazar ni una sola de mis sugerencias trabajando contra-reloj con admirable celeridad. Y, sobre todo, quiero destacar que el trabajo está realizado con mimo hacia la A.E.P. y con la pretensión de que sea un espacio abierto a todos quienes deseen incluirse en él.

Actas inéditas

Trabajos de la II REUNIÓN NACIONAL DE LA A.E.P.: "Aspectos técnicos y factores de cambio en psicodrama". Coordinadora general: Carmen Fernández Rodríguez. Coordinadores científicos: Pablo Población Knappe y Daniel Valiente Gómez. Santander, 11 y 12 Octubre 1985.

- Palabras del Presidente de la A.E.P.: El psicodrama como medio de formación. Enric Grañén i Raso. *Informaciones Psiquiátricas 1989*(1er. trim.), 115, 7-10.
- Introducción a la ponencia. Pablo Población Knappe.
- Apertura en psicodrama. Daniel Valiente Gómez.
- La muerte como factor de cambio en psicodrama. Francisco Delgado Montero.
- El duelo y el dolor. Rosa Masip Argilaga.
- El juego de roles en la enseñanza de la relación terapéutica. José Antonio Espina Barrio. *Informaciones Psiquiátricas 1989*(1er. trim.), 115, 15-19.
- Lo imaginario, lo real y lo simbólico en psicodrama. Leonardo Satne.
- Bioenergética. Luis Pelayo.
- Psicomotricidad. Aurora Gil.
- Psicodrama. Pablo Población Knappe.
- Gestalt. Antonio Guijarro.
- Psicosis y psicodrama. José Antonio Espina Barrio.
- Entrenamiento en psicodrama. Roberto de Inocencio Biangel y Leonardo Satne.
- Psicodrama freudiano (Taller). Rosa Masip Argilaga.
- Producción ecológica grupal de creatividad con el uso de psicodrama (Taller). Pablo Falcón.
- Psicodrama psicoanalítico (Taller). Daniel Valiente Gómez.
- Comentario resumen sobre el encuentro internacional de psicodrama y psicoterapia de grupo. Buenos Aires, Agosto de 1985. Leonardo Satne y Roberto de Inocencio Biangel.
- Formación y técnica en psicodrama freudiano. Angel Caramés Lage.
- La utilización del role playing en la enseñanza de psiquiatría. J.F. Díez Manrique.
- Producción ecológica grupal de creatividad con el uso de psicodrama. Pablo Falcón.
- Clínica psicoanalítica: algunas reflexiones sobre el sueño en la psicosis. F.J. de Dios López.
- Encuadre y técnica psicodramática (Taller). Ruth Tarquini, Sergio Canadé y Ferrán Sentis.
- Vivencias de la mujer en relación al interior de su cuerpo (Taller). Gema Sancho.
- Psicodrama freudiano: supervisión de casos (Taller). Angel Caramés Lage.
- El psicodrama en la formación psicológica de los estudiantes de medicina. Raimundo Mateos Álvarez.
- Psicóticos crónicos y psicodrama. Antonio Pintado Calvo, P. Blázquez, A.P. Chinchilla, D. Díaz del Peral, A. Peláez, M.A. Fábrega y J. Mezquita.
- La inhibición de la agresión en pacientes de alopecia. José María López Sánchez, J. Piñero León y M. Martínez Lao. Copia recibida.
- Psicodrama con objetos intermediarios simbólicos (Taller). Francisco Delgado Montero.
- Imagen, espacio y psicodrama (Taller). Ruth Tarquini, Sergio Canadé y Ferrán Sentis.
- La aplicación del psicodrama en la terapia de familia (Taller). Elisa López Barberá y Susana Baer Mieses.
- Psicodrama y campos de aplicación (Taller). Leonardo Satne.
- Psicodrama freudiano, supervisión de casos clínicos (Taller). F.J. de Dios López.
- Psicodrama freudiano (Discusión). Rosa Masip Argilaga.
- Memoria de la II Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama. Carmen Fernández Rodríguez. Copia recibida.

Trabajos de la VII REUNIÓN NACIONAL DE LA A.E.P.: "El cuerpo en psicodrama". Coordinador general: Carlos Mirapeix Costas. Coordinador científico: Luis Ernesto Fonseca Fábregas. Santillana del Mar, 31 de Mayo al 2 de Junio 1991.

- La intangible realidad del cuerpo. Antonio Pintado Calvo. *Informaciones Psiquiátricas* 1997 (2º-3er. trim.), 148-149, 93-103.
 - El cuerpo: precisiones terminológicas en una concepción dialéctica de la psicología. Teodoro Herranz Castillo. *Cuadernos Larda*, 1992 11(32).
 - El cuerpo del terapeuta. Pablo Población Knappe.
 - Corporeización del mundo interno. Daniel Valiente Gómez.
 - Utilización del cuerpo en psicodrama como vía de reestructuración del sistema. Elisa López Barberá.
 - El cuerpo y lo simbólico. Irene Henche Zabala.
 - El cuerpo en la escena psicodramática. Francisco Delgado Montero.
 - El cuerpo y la escena. Danilo Ubrí Acevedo. *Vínculos* 1992 (Otoño), 6, 121-128.
 - La escultura de la pareja (Taller). Pablo Población Knappe.
 - Danza de los personajes (Taller). Manuel Román Mateos.
 - Interimaginação de grupo utilizando a expressao cénica (Taller). Jorge Mina Coelho.
 - El psicodrama y terapia de familia (Taller). Elisa López Barberá, Danilo Ubrí Acevedo y Susana Baer Mieses.
 - Sociodrama (Taller). Ángela Reñones G. De Vives.
 - Encuentro en el jardín secreto (Taller). José Antonio Espina Barrio.
 - La silueta como objeto intraintermediario (Taller). Rosa Rey Pousada y Amelia Coppel Hidalgo. Copia recibida.
 - El cuerpo escindido. Pablo Álvarez Valcarce.
 - El cuerpo y los roles. Ángela Reñones G. De Vives.
 - El cuerpo muerto. José Antonio Espina Barrio. *Informaciones Psiquiátricas* 1993 (2º Trim.), 132, 175-185.
 - "Pranto": psicodrama popular contra el duelo patológico. Marisol Filgueira Bouza y Santiago Lamas Crego. *Vínculos* 1992 (Invierno), 4, 81-127.
 - El cuerpo en sicodrama sin p. Luis Ernesto Fonseca Fábregas. *Vínculos* 1991 (Otoño), 3, 49-57.
 - El lenguaje del cuerpo en la terapia familiar sistémica. Susana Baer Mieses. *Vínculos* 1992 (Otoño), 6, 73-92.
 - El cuerpo: registro analógico de comunicación. Luis Ferrer i Balsebre.
 - Técnicas psicodramáticas en un caso de psicopatía. Mª Ángeles Becerro Rodríguez y Mª José Irastorza.
 - El trabajo con personalidades masoquistas en psicodrama bipersonal. Teodoro Herranz Castillo. *Vínculos* 1991(Primavera), 2, 37-68.
 - Psicodrama bipersonal (Taller). Teodoro Herranz Castillo.
 - Dramatización de escenas de cuentos de hadas (Taller). Irene Henche Zabala.
 - Juegos malabares (Taller). Pablo Álvarez Valcarce.
- Trabajos de la VIII REUNIÓN NACIONAL DE LA A.E.P.: "Integraciones teóricas en psicodrama". Coordinador general: Luis Ernesto Fonseca Fábregas. Coordinador científico: Luis Ferrer i Balsebre. Reus, 1 al 3 de Mayo de 1992.
- Bienvenida del organizador. Luis Ernesto Fonseca Fábregas.
 - Palabras del Presidente. Roberto de Inocencio Biangel.
 - Introducción al tema. Carles Ballús Pascual.
 - Ponencia: Integraciones teóricas en psicodrama. Luis Ferrer i Balsebre.
 - El psicodrama a la luz de la epistemología relacional. Pablo Población Knappe.
 - Teoría de los roles psicodramáticos: una integración de la teoría de los roles, la neurofisiología y el psicoanálisis kleiniano. Pablo Álvarez Valcarce.
 - Integraciones de psicoanálisis, psicodrama y gestalt: psicodrama de los sueños. José Antonio Espina Barrio.
 - El psicodrama como instrumento de integración en psicoterapia. Carlos Mirapeix Costas.
 - El ocaso de las teorías: reflexiones desde la práctica. Luis Ferrer i Balsebre.
 - El psicodrama: reflexiones sobre un mito teórico. Antonio Pintado Calvo.
 - El sicodrama: teoría emergentista de la personalidad. Luis Ernesto Fonseca Fábregas.
 - Procesos, estructuras y emociones en psicodrama: primera aproximación. Teodoro Herranz Castillo. *Vínculos* 1992(Otoño), 6, 19-32.
 - El paradigma psicodramático: una teoría del sociodrama familiar (Taller). Pablo Álvarez Valcarce.
 - Psicodrama de las Palabras del Padre: integración de psicodrama y poesía (Taller). José Antonio Espina Barrio.
 - Sesión integral de psicodrama (Taller). Juan Antonín Prats.
 - Bioenergía y psicodrama (Taller). Waldek y Teresa d'Almeida.
 - Identidad e identificaciones en psicodrama. Daniel Valiente Gómez.

- Grupo-sujeto: escucha freudiana en el trabajo psicodramático. Rosa Masip Arguilaga.
 - Consideraciones sobre el co-inconsciente. Ángela Reñones G. de Vives.
 - Metacomunicación y señalización del espacio en psicodrama y terapia familiar. Antonio Roma Torres.
 - Lugar del psicodrama en las psicoterapias. J.L. Martí Tusquets.
 - Sicodrama con sicóticos (Vídeo-Coloquio). Luis Ernesto Fonseca Fábregas.
 - Biología del arte y de la creatividad. Dolors Muntané.
 - Psico: patología, terapia y drama. Juan Antonín Prats.
 - Propiedades terapéuticas de la arquitectura musical. Elida Palacios.
 - El manantial dorado: caleidoscopio de una escena. Irene Henche Zabala.
 - La posición del terapeuta en psicodrama individual y grupal. Rafael González Méndez.
 - La formación de colectivos específicos en psicodrama. Mario Arnaldos Payá y José Luis Molino Contreras.
 - El carnaval de Laza: psicodrama y antropología. Marisol Filgueira Bouza y Santiago Lamas Crego. *Folklore* 1998, 206, 39-62.
 - El psicodrama como experiencia dinamizadora en un grupo de formación de trabajadores sociales. Asunción Raposo Rodríguez.
 - El diagnóstico sicodramático (Taller). Luis Ernesto Fonseca Fábregas.
 - De qué se queja el sujeto: taller de psicodrama freudiano (Taller). Rosa Masip Arguilaga.
 - Exploración de la dinámica grupal mediante técnicas plásticas (Taller). Raimundo Mateos Álvarez y Consuelo Carbballal Balsa.
 - Terapia psicodramática con familias reconstituidas (Taller). Elisa López Barberá.
 - El rol de dios como modelo del director de psicodrama. Antonio Roma Torres.
 - Psicodrama y trastornos fisiopsicológicos. Waldek d'Almeida.
 - Prácticas psicodramáticas en mis trabajos psiquiátricos. Francesc Tosquelles i Llauradó.
 - Sociometría y psicoterapia de grupos. José Antonio Espina Barrio.
 - Paradigma sociométrico-sicodramático. Pablo Álvarez Valcarce.
 - Evolución sociométrica de grupos psicodramáticos, terapéuticos y de formación. José Antonio Espina Barrio.
 - "Escuela de calor": sociometría y sociodinámica de las tribus urbanas. Marisol Filgueira Bouza, Luis Carles Díes, Lorenzo Javier Sánchez Marcos, Jorge Méndez Ríos y Santiago Lamas Crego. *Siso Saúde* 1996, 27, 5-30.
 - Sociometría y sicodrama en la relación de los contextos social y grupal. Pablo Álvarez Valcarce.
 - Aproximación al estudio de las relaciones entre los roles en los tests sociométricos. Las características de personalidad y las estructuras familiares de grupos adolescentes en el medio escolar. Myriam Soler Baena, José Luis Moreno Chaparro, M^a Victoria Mezquita, Antonio Bernalte y José Luis Pérez-Iñigo.
 - Test sociométrico informatizado (Taller). José Antonio Espina Barrio y Virginia Vázquez Arias.
 - Una lectura desde la teoría de los roles de la evolución de un grupo de psicóticos en hospital de día. Francisco Delgado Montero.
 - Evaluación en psicodrama bipersonal. Teodoro Herranz Castillo.
 - Aproximación sociodramática a un colectivo específico: asociación cultural de mujeres. M^a Ángeles Becerro Rodríguez.
 - Teoría de la selección de grupos neuronales: lectura psicodramática. Luis Ferrer i Balsebre.
 - Análisis sociogenético (Taller). Pablo Álvarez Valcarce.
 - Psicodrama de familia y de pareja. Pablo Población Knappe. *Informaciones Psiquiátricas* 2000(1er. trim.), 159, 31-41.
 - Terapia interpersonal en familias reconstituidas. Elisa López Barberá. *Vínculos* 1992(Primavera), 5, 11-38.
 - Teoría del sicodrama familiar. Pablo Álvarez Valcarce.
 - El Dios que no quiso tener hijas (mitodrama para mujeres). Antonio Pintado Calvo.
 - Espacio y tiempo en la terapia sensoricorporal. Pedro San Lázaro.
 - Hidro-taller bioenergético: cielo, infierno, dioses vencidos (Taller). Pedro San Lázaro.
 - Sociometría y sicodrama en la prevención primaria. Intervenciones psicosociales. Pablo Álvarez Valcarce.
- Trabajos de la X REUNIÓN NACIONAL DE LA A.E.P.: "Sociometría y sicodrama". Coordinadores generales: Mario Arnaldos Payá y José Luis Molino Contreras. Coordinador científico: Pablo Álvarez Valcarce. Archena, 29 de Abril al 1 de Mayo de 1994.
- Presentación de la ponencia: sociometría y sicodrama. Pablo Álvarez Valcarce.

- ¿Cómo es la menopausia?. Sociodrama con mujeres en edad climatérica. Marta Rodríguez, M^a Ángeles Martín y Raúl López Tocci.
- Taller de juego dramático con menores en riesgo de marginación social. Gloria Chinchurreta, Belén Hernández, Alfredo López, Jesús Moreno, J.L. León y Marisa Serrano.
- Trabajo social a través de la educación por el arte. Gastón Troyano.
- Sociodrama, formación continuada, intervención institucional y salud mental comunitaria. Reflexiones a partir de una experiencia piloto en una residencia de ancianos. Raimundo Mateos Álvarez, M^a Teresa Camba, R. Gómez y P. Sánchez.
- La vida celestial o cómo afrontar las pérdidas de la vejez. José Antonio Espina Barrio y Javier Arbeloa Antoñanzas. Copia recibida.
- Encuentro grupal de los socios (Taller). Jorge Burmeister.
- Comunicaciones a la mesa: "Niños y adolescentes en sus crisis necesarias". Coordinadora: Irene Henche Zabala.
- Comunicaciones a la mesa: "Crisis del cuerpo". Coordinador: José María López Sánchez.
- Comunicaciones a la mesa: "Cambios y crisis en psicodrama". Coordinador: Roberto de Inocencio Biangel.
- El poder en el terapeuta. Pablo Población Knappe. Copia recibida.

Trabajos de la XVII REUNIÓN NACIONAL DE LA A.E.P.: "Psicodrama en (las) crisis". Coordinadora general: Gracia Sáez Busto. Comité científico: Elisa López Barberá, José M^a López Sánchez, Teodoro Herranz Castillo y Roberto de Inocencio Biangel. Granada, 28 al 30 de Septiembre de 2001.

- Palabras del Presidente: Psicodrama en (las) crisis. Luis Ernesto Fonseca Fábregas. Copia recibida.
- Comunicaciones a la mesa: "Psicóticos en situaciones de cambio". Coordinadores: Luis Ernesto Fonseca Fábregas y Pablo Álvarez Valcarce.
- Psicodrama con enfermos psicóticos: Diario de campo. Montse García. Copia recibida.
- ¿Qué ocurre en las familias tras un diagnóstico de esquizofrenia?. Pablo Jesús Gijón Herrera. Copia recibida.
- Acompañamiento psicodramático de las crisis como proceso terapéutico en los pacientes psicóticos. Pablo Álvarez Valcarce. Copia recibida.
- Comunicaciones a la mesa: "Crisis sexuales, crisis familiares". Coordinadores: Elisa López Barberá y José Díaz Morfa.
- Las crisis de las aventuras en las relaciones de pareja. José Díaz Morfa. Copia recibida.
- La incertidumbre del terapeuta ante las situaciones de crisis de la familia y pareja. Elisa López Barberá. Copia recibida.
- Comunicaciones a la mesa: "Crisis en la vejez". Coordinadores: José Antonio Espina Barrio y Javier Arbeloa Antoñanzas.

- Conferencia: "Mestizaje cultural desde el grupo". Jorge Burmeister.
- Talleres.

2. Memoria

II Reunión Nacional de la AEP

Santander, 11 y 12 de octubre de 1985

Carmen Fernández

El tema de la ponencia fue "Aspectos técnicos y Factores de cambio en Psicodrama", estando coordinada por los Dres. P. Poblacion y D. Valiente, ambos miembros fundadores de la Asociación. Las sesiones de trabajo se celebraron en el edificio de la Mutua Montañesa de Seguros (carretera del Faro), cedido a tal fin.

La inauguración corría a cargo del Dr. Enric Granén, presidente de La Asociación, que como mensaje de salutación a las congresistas les dirigió unas palabras sobre el tema "El programa como medio de formación"

Previamente la coordinadora de la II Reunión. Carmen Fernández dió la bienvenida a los asistentes y agradeció la colaboración prestada por las distintas instituciones (Gobierno Regional de Cantabria, Consejería de Turismo, Dirección Regional de Sanidad, Ayuntamiento de Santander y Mutua Montañesa).

Seguidamente fué presentada la ponencia "Aspectos técnicos y Factores de cambio en Psicodrama". El Dr. P. Poblacion hizo la introducción sobre "Técnicas y Factores de cambio" y el Dr. D. Valiente sobre "Apertura en Psicodrama".

Seguidamente el Dr. Poblacion lleva su comunicación "La escena primigenia y el proceso diabólico" y fueron leídas las comunicaciones a la ponencia por Don Francisco Delgado "La vivencia de muerte como cambio en Psicodrama". Doña Rosa Masip "El duelo" y "el dolor" a aceptar la falta. Don Jose Antonio Espina Barrio "El juego de los roles en la enseñanza de la relación terapéutica". Don Leonardo Satne "Lo imaginario, lo real y lo simbólico, en Psicodrama".

A las dos de la tarde se concluyó la lectura de las comunicaciones, desplazándose a los asistentes al Excmo. Ayuntamiento de Santander donde la Consejala de Cultura, en representación del Alcalde, dió la bienvenida a la ciudad, obsequiándoles con una copa de vino español.

Por la tarde se reanudaron las sesiones con una mesa redonda sobre "Técnicas activas en Psicoterapia", participando en dicha mesa Luis Pelayo sobre Bionérgica, Aurora Gil sobre Psicomotricidad, Pablo Poblacion sobre Psicodrama, señalándose las coincidencias y aplicaciones de las distintas técnicas. Dicha mesa fué moderada por Roberto Inocencio.

Se celebraron dos mesas de discusión sobre "Psicosis y Psicodrama" por José Antonio Espina-Barrio, y "Entretenimiento en Psicodrama" por Leonardo Satne. También simultáneamente se celebraron tres talleres: "Psicodrama freudiano" por Rosa Masip. "Producción ecológica grupal de creatividad con uso de Psicodrama" por Pablo Falcón y "Psicodrama psicoanalítico" por Daniel Valiente.

A las nueve de la noche los asistentes se trasladaron a Santillana del Mar en donde se celebró una cena. Estaba previsto visitar la Colegiata, cosa que resultó totalmente imposible al retrasarse mucho sobre el horario determinado.

El día doce por la mañana se dió lectura a comunicaciones libres. Leonardo Satne y Roberto Inocencio hicieron un "Comentario resumen sobre el encuentro internacional de Psicodrama y Psicoterapia de grupo" celebrado en Buenos Aires en agosto de 1985. Juan Francisco Díaz Manrique sobre "La utilización del role playing en la enseñanza de la psiquia-

tría". Hubo después dos mesas de discusión. Pablo Falcón, "Producción ecológica grupal de la creatividad con uso del Psicodrama". Francisco de Dios López "Clínica psicoanalítica, algunas reflexiones sobre el sueño en las psicosis". Dos talleres, uno de Ruth Tarquini y Ferran Sentis "Enquadre y técnica psicodramática" y Gema Sancho "Vivencias de la mujer en relación al interior de su cuerpo".

A las dos de la tarde fueron interrumpidas las sesiones para celebrar una comida de trabajo en un incomparable sitio cerca del mar.

Por la tarde se presentaron tres comunicaciones libres: Raimundo Mateos Alvarez sobre "El Psicodrama en la formación psicológica de los estudiantes de medicina". Pintado, Blazquez, Chinchilla, Diaz del Peral, Pelaez, Fabrega y Mezquita sobre "Psicóticos crónicos y Psicodrama", y López Sánchez, Piñero León y Martínez Lao sobre "La inhibición de la agresión en pacientes de alopecia".

Luego se celebraron cinco talleres simultáneamente, F. Delgado "Psicodrama con objetos intermediarios simbólicos", R. Tarquini y Ferran Sentis "Imagen, espacio y Psicodrama", E. López Barbera y S. Baer "La aplicación del Psicodrama en la terapia de familia", L. Satne "Psicodrama y campos de aplicación", F. De Dios López "Psicodrama freudiano, supervisión de casos clínicos". Hubo también una mesa de discusión que dirigió Rosa Masip sobre el tema: "Psicodrama freudiano".

Hubo una intensa participación en todos los talleres y mesas de discusión.

La cena de clausura se celebró con una gran cordialidad habiendo después una animada reunión bailable.

Aunque la reunión tuvo un buen nivel a mi juicio en sus aspectos técnicos, científicos y sociales quisiera hacer las siguientes consideraciones. Las fechas elegidas fueron demasiado tempranas después de las vacaciones de verano, lo cual hizo que la participación y la previsión de asistencia se retrasara hasta última hora, no pudiendo prever las personas que asistirían, ello hizo que admitiéramos estudiantes de últimos cursos y profesionales en paro con una cuota de 3.000 pts. que les daba derecho a asistir a las sesiones técnicas y no a los actos sociales, ante el temor de la falta de asistencia por el escaso número de inscripciones previas.

Otra consideración es la dificultad en la organización de la reunión en un lugar como Santander, en donde sólo existen dos personas miembros de la Asociación Española de Psicodrama, esto da una idea de la cantidad de trabajo que tuvimos que suplir. Se nombró un comité en el que estuvieran representados profesionales psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales y tuvimos que contratar los servicios profesionales de agencia para labores de tipo burocrático.

El número de participantes fue de 97, los cuales procedían: 43 de Cantabria, 12 del País Vasco, 10 de Andalucía, 4 de Navarra, 6 de Cataluña, 1 de Extremadura, 5 de Castilla y León, 2 de Galicia, 14 de Madrid, 20 de los asistentes eran miembros de la AEP

Los ingresos han sido los siguientes:

| | |
|---|-------------|
| 33 personas a 11.000 pts | 663.000 pts |
| (5 de ellas becadas) | |
| 20 personas a 9.000 pts | 180.000 pts |
| (por DRS) | |
| 27 personas a 3.000 pts | 81.000 pts |
| Aportación Consejería Turismo | 99.769 pts |
| Total ingresos | 723.769 pts |

- Ocho personas han ayudado en la recepción e información y han asistido sólo a los actos culturales. No originando gastos.
- Cuatro personas del Comité Organizador han asistido a los actos culturales y sociales.
- Cinco personas han participado en los actos culturales y han asistido a algún acto social.

Las cuotas de 11.000 pts. eran para los No socios. Daban derecho a asistir a todos los actos. Las de 9.000 pts. eran las de los asociados. Las de 3.000 pts. sólo los actos culturales.

Los gastos han sido los siguientes:

| | |
|------------------------------------|-------------|
| Cena clausura | 179.000 pts |
| Piteros Santillana | 6.000 pts |
| Propina conserjes | 10.000 pts |
| Imprenta | 32.404 pts |
| Sellos y sello de caucho | 7.512 pts |
| Cena Santillana | 106.430 pts |
| Gastos fotocopias | 6.000 pts |
| Comida segundo día | 123.900 pts |
| Geyseco (Agencia) | 95.441 pts |
| Rank Xerox | 11.882 pts |
| Total gastos | 578.569 pts |
| Saldo favorable: | 145.200 pts |

Las cuales han sido ingresadas en la Tesorería de la Asociación Española de Psicodrama.

3. La inhibición de la agresión en pacientes de alopecia

II Reunión Nacional de la AEP

Santander, 11 y 12 de octubre de 1985

José María López Sánchez y Juan Piñero León
y la Psicóloga Matilde Martínez Lao

Hace aproximadamente dos años iniciamos la exploración psicodinámica de pacientes alopécicos mediante Psicodrama.

Tratábamos de obtener un perfil de "conflictos específicos" al modo de los clásicos trabajos de Alexander y Dunbar. Nos movía que estos enfermos no aparecen estudiados en la literatura desde esta perspectiva.

De nuestros primeros casos hicimos una comunicación para el V Encuentro Catalán de Psicodrama, celebrado en Barcelona en Octubre de 1983.

En la I reunión Nacional de nuestra Asociación, en Granada, hace ahora un año, presentamos el estado de nuestra exploración, ya sobre un número suficiente de casos. Lo que allí resumimos, como conclusiones, fué lo siguiente:

Utilizando un pequeño Equipo de Egos Auxiliares y trabajando en sesiones breves exploratorias con un solo enfermo (según la metodología que allí fue expuesta) vinimos a concluir que: a) la sumisión, b) la pasividad y c) la huida de los enfrentamientos, forman parte del perfil psicológico y de la zona de conflictos de los alopécicos que hemos estudiado.

Los aspectos más sobresalientes de aquel estudio introductorio fueron:

1. Los rasgos que predominan a nivel Caracterológico en el Test Psicodramático empleado, giran alrededor del eje Sumisión-Pasividad en la casi totalidad de los pacientes estudiados.

2. Los resultados obtenidos del análisis de los materiales de los pacientes apuntan en la dirección de:

- a) la asunción existencial de un rol de "víctima"
- b) el predominio de los sentimientos de Impotencia
- c) el miedo a la agresión o el castigo

rasgos a partir de los cuales creemos que deben entenderse los comportamientos de Sumisión y Pasividad anteriormente apuntados.

Nuestro trabajo se ha ido desarrollando luego en diferentes facetas, de una de las cuales vamos a dar cuenta en esta Comunicación.

Posteriormente nos hemos ocupado del estudio de las relaciones del alopécico en su medio familiar, desde la hipótesis de que el estancamiento de la agresión podría conectar con tipos de relación donde las pulsiones hostiles, aunque disfrazadas, resulten operativas y sean observables.

• Este interés por el medio familiar está sujeto a la misma evolución de los modelos operantes en Psiquiatría, donde se fué pasando, como es sabido, del estudio de un modelo intrapsíquico (un sujeto padece una alteración "debida" a desajustes entre las diversas instancias de su aparato psíquico) a otro modelo de estudio donde el carácter "intrapíquico del trastorno es superado a favor de un modelo colectivo de iteración (familiar, de preferencia) donde las patologías resultan iluminadas en su estructura por la incidencia sobre ellas de otros eslabones distintos del mundo interno del sujeto, no correspondientes al mundo interno del sujeto.

Así, hace tiempo que nos ocupamos de la exploración de las relaciones intrafamiliares de los alopecícos.

El método de trabajo se ha centrado en mantener entrevistas con las personas más allegadas al alopecíco, de más íntima convivencia con él. Hemos estudiado, así, esa relación, en unos casos con una hermana, en otros con la madre, etc. etc.

Hemos llevado a cabo estas entrevistas con catorce allegados y familiares de los pacientes alopecícos:

- la madre del paciente acudió en 9 casos
- la esposa o el esposo acudió en 2 casos
- la hija acudió en 2 casos
- y el padre acudió en 1 caso.

En la gran mayoría de esos casos (en el 90%, 13 casos) el familiar del alopecíco nos ha trasladado el siguiente retrato de la situación. Esas descripciones coincidentes las vamos a presentar aquí en seis apartados.

1. Mientras en la calle y en su vida social el alopecíco es blando y servicial, bondadoso, pasivo y sumiso, en el medio familiar es irritable y lleno de susceptibilidad.

Nos dicen de él que su palabra preferida es "NO" y que ha de ser hablado "con mil cuidados" y reservas.

Trasladamos aquí algunos comentarios en este sentido recogidos de distintos familiares.

- "Le digo alguna cosa de que haga algo y ya me salta. Tengo que hablarle con un tacto que ¡vaya!, no se le puede decir nada".
- "Si le digo de salir con algún amigo, ella se empeña en que no, y de ahí no sale".
- "Tiene cosas raras. Le digo una cosa y otra y el contesta: he dicho que no y es que no. Y ya me tengo que callar".
- "Como ella se empeña en que no, es que no y no hay nada que hacer. Y si le regañas o le pegas es peor. Cuando le digo que haga algo, su primera contestación siempre es no. No se le puede regañar por nada".
- "A todo lo que se le dice, todo es negativo. Su palabra es no".
- "En su trabajo es magnífica. Todo el mundo la aprecia. Pero en la casa conmigo no es comunicativa".
- "En la calle es un primor, todo el mundo dice

¡vaya niña! Pero conmigo...".

- "Es una persona diferente en la casa que en la calle. En la calle no se defiende, es muy paradita, pero en la casa le entra el genio y nos torea a todos".
- "No es que se muestre terco y cabezón, es que es así. Dicen que en la calle no es así, pero en la casa sí".
- "A veces le digo: hijo, por cabezón te van a pasar muchas cosas en la vida...".

2. Hay siempre una diferencia marcada en el comportamiento emocional en el medio familiar entre el alopecíco y el resto de los hermanos.

En un clima descrito como "normal", él es quien rompe ese clima con aquellas conductas irritables y susceptibles.

En este sentido, recogemos de los familiares estas descripciones:

- "En casa los hermanos, dicen de él: Este niño no está a gusto si no es fastidiando. Siempre está chinchando a los hermanos".
- "El resto de los hermanos, ninguno es así. Ellos le dicen: ¡anda, échate amigos y te vas por ahí".
- "Es muy inquieta. Sus hermanos no son así. La que me está dando más quehacer es ésta".
- "Lo peor que me pone es que se pelea con los hermanos, se pegan y los hermanos le dicen que la culpa la tienes tú, que la tienes muy consentida, muy mimada".
- "Mientras que con todos mis hijos no ha habido problemas, con éste no ha sido así".

3. Un tercer rasgo observado es que los alopecícos han establecido una relación privilegiada con un familiar del medio: la madre, una hermana, la tía, etc. Y con este familiar mantiene un tipo de relación parasitaria que evoca las relaciones de estilo sadomasoquista. A este familiar, el alopecíco "le hace rabiar" especialmente, pero también es a quien muestra su cariño desmedido en otras ocasiones.

Distintamente a los hermanos, ese familiar es para el alopecíco una Diana Emocional. Esa persona es el receptáculo de las necesidades emotivas del paciente.

4. Esa persona (parasitada por el alopecíco, receptáculo de sus emociones, diana emocional de su mundo interno), con alguna conciencia de

ese rol que el alopécico le hace jugar, parece verse obligado a jugarlo dentro de ciertos límites: semeja una especie de instancia materna buscada por el enfermo.

5. Los familiares (y esto era central en nuestra exploración) advierten en el alopécico una actitud que les desplaza mucho malestar, que no es sino agresión encubierta.

He aquí algunos comentarios de los familiares, en ese sentido:

- "Se encierra en sus cosas y no me habla, se muestra distante, y eso me da una pena grandísima. Pero luego, cariñosa es muchísimo, de lo mejor que hay".
- "Cuando no hace lo que le digo, pienso: ¡Si es que parece que lo hace a cosa hecha! Me irrita, y luego después de enfadarme, viene a darme un beso".
- "Se pasa el día en la casa, un día y otro y otro. Y yo eso no puedo soportarlo, le digo que vaya a darse una vuelta y nada. Y yo es que me pone mala".
- "Mire usted: yo no soy nerviosa, pero hay veces que ponen a una que ... ya no puede más".
- "Yo creo que esas cosas las hace para fastidiar, creo que lo hace por darnos quehacer. Dice que lo vamos a volver loco. A mí si que me va a volver loca, me pone nerviosa, es que me descompono..."
- "Es que tiene unos nervios, un genio, que voy a acabar mal: nunca, nunca estoy tranquila".
- "Cuando empieza a cabezoner y se pone pin y pan y pin ¡es que me pone negra!!".
- "Muchas veces se enfada y me hace daño no hablándome, se queda sola en la terraza y no come, se queda sin comer. Sufro mucho por mi madre. A veces le pega a los pequeños y luego se queda después derrumbada, como si la paliza se la hubieran dado a ella, y eso me duele mucho a mí..."

Vemos así que el paciente eforia su agresión en ese medio de forma encubierta, y también obligando a ese familiar "parasitado" a aguantar esa ansiedad suya y a no responder ante ella.

Es decir: traslada al familiar su propio modelo, consistente en reprimir la agresión y camuflar los comportamientos que pudiesen delatarla. Eso es lo que sienten los familiares de los alopécicos: sufren por las conductas del mismo, lo sufren y se aguantan. No se atreven a

eforiar agresión contra él. Y si lo hacen, se sienten muy mal, "se arrepienten" enseguida.

Los comentarios de los familiares son de este tipo, en ese sentido.

- "Siempre está sobre lo mismo, dándole vueltas a las cosas, cabezona, terca, obstinada. Le decimos que se tome las cosas de otra manera y nada de nada. Te llega a hartar. Le tuve que decir: bueno, cállate ya y no seas tan pesada. Yo soy la más cercana a ella y trato de hablarle, pero a veces me descompono".
- "Cuando se pone como se pone, tan repetida y tan pesada, es que me ataca los nervios y salto, aunque luego me arrepiento..."

El familiar es obligado así a soportar el espectáculo del alopécico, su juego emocional, sin opción a protestar o a interrumpir dicho comportamiento.

Esa relación ha sido privilegiada y construida por el alopécico para tener un espectador tanto como un apoyo incondicional.

He ahí dibujado, pues otro rol de "víctima".

Debemos reseñar que en Psicósomáticos ya había sido descrita una actitud característica, como hizo J. Bergert (*La personalidad normal y patológica*, 1980) cuando dijo:

"Caracteriza al psicósomático la habilidad para mostrarse al otro como si no viviera ninguna emoción, pero al mismo tiempo creando en el otro y dentro del otro una verdadera emoción".

El auditor (sigue Bergeret) se siente mucho más implicado, como si él mismo fuera el sujeto y no simple objeto para el narrador, el paciente.

Ese "juego" con el ánimo del otro es verificado aquí en los pacientes alopécicos.

6. Por último, otro rasgo llamativo en los familiares es el hecho de cómo estos advierten en los alopécicos una forma de relación peculiar. Incluso observan que la alopecia misma es una forma de relación.

Los familiares dicen a los alopécicos, y piensan de ellos, cosas como éstas:

"Si le sale el pelo tendría que cambiar".

4. El difícil arte de remirarse

VI Reunión Nacional de la AEP

Santiago de Compostela, 7 y 8 de Abril, 1990

José Antonio Espina Barrio

1- Introducción

Acostumbrados a mirar en las profundidades del otro, el ejercicio de verse uno mismo, sobre todo si hace años que se dejó la formación personal, resulta doloroso. También la literatura evidencia estas carencias, pues no en vano se escribe mucho sobre los cambios que se operan en los pacientes, pero poco de nuestras intervenciones y de lo que la experiencia de hacer terapia representa en el terapeuta.

Es cierto que la transferencia del terapeuta es un fenómeno conocido, sin embargo contrasta la pobreza de su elaboración con la riqueza de la que corresponde al paciente. Por otro lado se la denomina Contratransferencia, como si las distorsiones del asistente se opusieran a las del asistido, felizmente este término está cayendo en desuso, aunque su significado trasluce la defensa frente a lo que el analista percibe y siente en la sesión.

Todo esto lleva a considerar que dentro del círculo Psi- existe una presión normalizadora que supone la ausencia de conflictos o dificultades, o lo que es peor que la ignorancia, la creación de un tabú en lo relativo a este tema; lo que da lugar a la falsa creencia de la existencia de un súper hombre o mujer encargados de atender las miserias de otros seres humanos. Que ésto ha sido así hasta ahora, lo evidencian los intentos de conocer las dificultades de los profesionales en el ejercicio de su profesión y el escaso eco que dichas encuestas ha tenido. Por tanto este escrito solo puede apoyarse en diversas especulaciones teóricas y en la experiencia propia del autor.

En relación con la personalidad del psicoterapeuta seguimos el interesante trabajo de Rubio Sánchez, J.L. (7) donde considera que este "mantiene una posición desde la que ejerce una función y, de acuerdo con las expectativas que se desarrollan por parte del paciente con relación a él, y son culturalmente legítimas, la función se hace rol", tal vez de esta aportación lo más interesante sea considerar que existen diversas posiciones y roles, de los cuales a nivel de personalidad considera los de conformidad, diferente de la uniformidad y del convencionalismo, e independencia. Estas dos cualidades, contradictorias en su expresión simultánea no lo son cuando aparecen sucesivamente, ya que proporcionan una plasticidad que soporta la ambigüedad y la seguridad que todo itinerario psicológico precisa para cumplir sus objetivos. De esta forma "se pone a prueba su capacidad de adaptación, su invulnerabilidad relativa y la ausencia de regresiones en su comportamiento, características cuyo desarrollo es inversamente proporcional a los modos de adaptación negativos que son la conformidad pasiva, el ritualismo, el retraimiento, la rebelión forzada (que puede arrastrar al paciente), la excesiva originalidad (que puede presentarse como innovación independentista) o el paternalismo que con tanta frecuencia se observa sobre todo en comunicaciones difíciles por la gran diferencia de cultura".

No se trata de mirarse, ejercicio narcísico habitual en el psicoterapeuta y exigencia unánime de todas las escuelas Psi, sea cual sea su orientación teórica, de cara a los formandos; sino de volverse a mirar, lo que significa haber pasado una experiencia previa personal y remirarse al cabo de un tiempo.

No pretendo ir creando el Supervisor de Supervisores y así sucesivamente, sino reflexionar sobre la posibilidad de intercambio entre terapeutas expertos. Ámbito de encuentro, es más un tiempo y espacio a compartir que un examen que valore nuestro quehacer, lo vemos perfilarse como un lugar de discusión donde predomine lo imaginario de la escena que lo simbólico de la palabra, sin que esto desdeñe ninguno de los dos aspectos, pues los dos son propios del psicodrama. Esta necesidad de diseñar un espejo multiplicador de nuestra práctica nace de la indudable soledad en que nuestra tarea se desempeña, pues ni siquiera el trabajo en coterapia saca del encanto de la pareja una labor que corresponde al grupo. Estamos de acuerdo con BATTEGAY, R. (1) cuando señala que el insight no es suficiente para producir un cambio de actitudes, sino un aprendizaje social que se da en el seno del grupo y este es el fin de las reuniones citadas. Esto no se contradice con la riqueza que congresos, reuniones y talleres nos genera, en todo caso apunta hacia un aspecto complementario. No cabe duda que remirarse resulta doloroso, pues uno se expone a descubrir nuevas debilidades, tarea que el Yo no siempre está dispuesto a aceptar, por otro lado nuestra formación como psicodramatistas nos compele a oscilar entre un exhibicionismo, donde predomina la sobreactuación, y una inhibición reactiva, formación defensiva oculta tras diversas racionalizaciones, que en muchos casos recuerdan las resistencias a plantear conflictiva personal en los inicios de un grupo de formación, lo que sin duda alude a la existencia de un status de psicoterapeuta que se quiere mantener a todo trance por encima del rol de persona. Tal vez la tragedia que nos invade es esta, ya que investidos como sujeto supuesto saber, con el decurso del tiempo tendemos a pensar que dicha investidura no es ropaje sino nuestra piel. Por eso remirarse es despellejarse un poco, de ahí el inmenso dolor que produce el enfrentarnos con nuestra existencia, lo que en estas situaciones se cuestiona es nuestra seguridad e independencia, pues resulta muy difícil aceptar otras opciones sin sentirse herido por no haber tenido la ocurrencia y sobre todo asumir que otros ojos proporcionen diferentes puntos de vista. Sin embargo este intercambio experiencial, al igual que el teórico, son imprescindibles para aquellos que no quieran reducir su formación a la recibida en la juventud y su actualización a la aportada pasivamente en su época discente.

No quisiéramos dar una visión pesimista del psicodramatista, por más que pensemos que es una persona más dada a la acción que a la reflexión, lo que se palpa en las diversas aplicaciones, reconocidas o no, del Psicodrama en la sociedad y la relativa escasez de literatura psicodramática. El Psicodramatista, en tanto persona, es el Creador de sí mismo, pero esta realización no se opera sin las relaciones con los otros, ya que como señala la doctrina hasídica, allí donde dos hombres conversan está el creador.

2. ¿Qué me ha llevado a ser psicodramatista?

Abrir estos interrogantes supone una respuesta personal y a la vez abierta a otra serie de motivaciones, por lo que no pretendemos agotar el amplio abanico de posibilidades que estas cuestiones plantean.

En nuestro caso la apertura a los grupos se inició con una situación socialmente excepcional, como fue el cierre de la Universidad de Valladolid en 1975. Contrariamente a lo que se proponía la dictadura, esta situación activó nuestra conciencia política y sobre todo nos obligó a reunirnos en grupos clandestinos o pseudopermitidos en los que, por obligación más que por convencimiento, se diseñaron unos seminarios en los que los alumnos, divididos en pequeños grupos, teníamos que preparar las clases, con la supervisión del profesor. Fruto de esta experiencia fue un trabajo (2) donde revisé los conceptos tradicionales de la enseñanza y las alternativas que el Juego de Roles ofrece. Este fue mi antecedente remoto en lo que a trabajo grupal se refiere. El interés por el Psicodrama fue posterior y confluía una necesidad de conocerse mejor con un deseo de capacitación personal en una actividad que preveía ampliaba mis puntos de mira. Fueron un Grupo de Sensibilización y sobre todo el primer congreso sobre Psicoanálisis-Psicodrama, los que me orientaron en esta dirección. De la formación en el Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama no solo aprendí lo que SCHÜTZENBERGER, A.A. (8) denomina metas u objetivos del Grupo de Formación, como son el identificar los procesos grupales, aclarar los procesos de comunicación, aprender a conocerse mejor o estudiar el proceso de toma de conciencia, lucidez y cambio; sino también a aplicar lo que experimentaba en la consulta y validar conmigo y con

los pacientes lo que estaba recibiendo, a conocer y respetar otras orientaciones teóricas que proporcionan diferentes puntos de vista, siempre integrables en nuestra concepción, subrayando lo que aproxima, sin olvidar lo que separa y sobre todo vivir la experiencia de crecer en grupo.

No niego que uno de los motores que me inició en mi aventura fue un deseo narcisista de prepararme mejor, pero en la psicoterapia y en la vida es preciso sufrir los reveses que el sentimiento de omnipotencia ocasiona, no olvidamos la caída del cielo de JACOB LEVI MORENO, pues es el antecedente que frena nuestras ansias terapéuticas. Sin embargo son estos desbarres los más fructíferos a la hora de la reflexión, pues sitúan al terapeuta en su lugar, sitio ambiguo donde la omnipotencia no tiene espacio, pues borra al paciente y lo llena todo del furor curandis del asistente. Las caídas y heridas que estos itinerarios producen generan una concepción del demandante como alguien que en sí mismo contiene todo el potencial preciso para su curación y del asistente como alguien que facilita ese desarrollo potencial; esta humildad respeta la evolución del paciente y evita actuaciones precipitadas, pues es el Protagonista quien diseña el guión y nos indica hasta donde podemos llegar.

Ir a lo remoto de esta cuestión supone viajar hasta las Escenas Primigenias que describe POBLACION, P. (6), pues en el origen de toda dramatización se encuentra reflejada nuestra primera escena. De ahí el diferente estilo de los terapeutas según predomine el amor, el vacío o la agresión. El acercamiento y el desarrollo de la terapia va a ser muy distinto dependiendo de las necesidades básicas del asistente; el que predominen unas u otras no significa que las tres no se encuentren presentes en todos y que su proporción varíe según el momento existencial del sujeto. Estas escenas remiten a la consideración que el sujeto tiene de sí mismo, es decir son anteriores a la diferenciación del Yo o prediabólicas, sin embargo se proyectan en la relación interpersonal, de ahí su interés en detectarlas y elaborarlas en la formación personal.

Lo anterior entronca directamente con el trabajo de KESSELMAN et al. (5) sobre Escenas Temidas, pero no solamente las imaginadas sino las ocurridas en la realidad y que han supuesto bloqueo o inhibición del terapeuta,

también aquellas que, sin ser como las anteriores, se presten al grupo y por medio de la multiplicación dramática se despliegue sus posibles alternativas.

Tal vez sea la escucha ingenua, no desprovista de saber, la que permita ir a la Escena con la tensión de lo desconocido y la permeabilidad de lo nuevo. La denominamos ingenua por estar desprovista de prejuicios, lo que hace se oiga a varios niveles y se intervenga de forma creativa y no estereotipada.

4. Como desarrollo mi encuentro con el otro

El acercamiento interpersonal está abierto, tal y como denotamos en el interrogante anterior, a múltiples desarrollos. Este potencial no quiere decir que uno se encuentre perdido en un laberinto sin el ovillo de Ariadna, sino que el camino viene señalado por un Contrato o Programa Psicodramático, abierto a las diversas salidas de la encrucijada, pero orientador de lo que se persigue en la dramatización. De esta forma lo Imaginario en la Escena tiene un desarrollo que nos señala el momento en que nos encontramos o si el conflicto se ha resuelto o no. En el segundo caso se prevea su repetición y las posibilidades de llegar a la Escena Nuclear Conflictiva, Escena Latente, o como se le quiera denominar y el camino de vuelta a la Escena Manifiesta o Aparente, tal y como expongo en un reciente trabajo (4). El Programa no debe olvidar la situación grupal trasversal y longitudinal, cuyo modelo espacial he descrito (3), pues así se completa la visión de la Escena con el Protagonista, con la situación del grupo en el momento actual y el sentido que esta tiene a la luz de su pasado, pudiéndose anticipar lo venidero.

Este proceso tal y como es descrito adquiere un rango de científicidad pues permite comprobar lo que otros han teorizado y sobre todo porque el encuentro se desarrolla en un continuo donde de los datos extraídos se emiten hipótesis de trabajo que se validan en la práctica. Caso de no comprobarse se plantea la exigencia al terapeuta de emitir nuevas hipótesis que precisará de su correspondiente validación experimental.

5. ¿Para qué hago lo que hago?

No por ser el último es el menos importante, tal vez sea el más difícil y por eso lo planteé al final. Cuando lo examino se me ocurren factores que tienen que ver con el goce propio: satisfacción, libertad, creatividad, etc.. Son motores que me impulsan a la acción, pero junto a ellos me viene la impotencia, el escepticismo, el rechazo, la lejanía, la repetición. Sé que son estados de ánimo transitorios, que como ráfagas atraviesan mi reflexión, pero tras ellos subyace la íntima convicción de que el día que dé todo por sabido o que salga a dramatizar con una persona y no note cierto remusguillo, mezcla de inseguridad por no saber lo que va a pasar y de descarga adrenérgica que me prepara para la escucha e intervención, creo que será el momento de dejar la Psicoterapia.

Me he referido a lo personal y no quisiera acabar sin señalar las metas o fines que, para mí, tiene el Psicodrama. Si en un momento inicial, imbuido por el Psicoanálisis, mi idea era descubrir lo inconsciente de las personas e investigar lo que ellos mismos desconocían. Con el transcurso del tiempo, sin abandonar lo citado, me he decantado por una postura en la que confío en las capacidades de la persona para resolver sus dificultades y mi función no va más allá de interactuar con ella para que descubra su propio potencial de autorrealización y averigüe, por sí misma, las diversas formas de salir de su atascamiento.

Valladolid, Diciembre, 1989.

Bibliografía

Battegay, R. "El valor de la experiencia analítica de grupo en la formación del psicoterapeuta de grupo", Cap. 5.1. en Martí i TUSQUETS, J.L. y Sarne, L. *Desarrollos en Psico terapia de Grupo y Psicodrama*, Colecc. "Psicoteca Mayor", Gedisa, Barcelona, 1982.

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 A.E.N.*, Vol. VII, N° 22, 1987.

Espina Barrio, J.A. "Concepción Teórica de la Evolución Longitudinal de los Grupos Psicodramáticos" en *Informaciones Psiquiátricas*, N° 115, 1° Trim. 1989.

Espina Barrio, J.A. "Lo Imaginario en la Escena Psicodramática", Comunicación a la Ponencia de la V Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama, Sevilla, Abril, 1989.

Kesselman et al. *Las escenas temidas del coordinador de grupos*, "Serie Psicología", Vol. 99, 1ª ed. 1978, Fundamentos, Madrid, 2ª ed., 1981

Población, P. "La escena primigenia y el proceso diabólico" en *Informaciones Psiquiátricas*, N° 115, 1° Trim., 1989.

Rubio Sánchez, J.L. "Aspectos psicosociales de la personalidad del psicoterapeuta en relación con su cualidad humana y su capacidad como agente terapéutico". Artículo en *vías de publicación*.

Schützenberger, A.A. *L'observation dans les groupes de formation et thérapie*, Epi, Paris, 2ª ed.

Compartiendo la experiencia

por Jose Antonio Espina Barrio

Intento abrir un espacio psicodramático que englobe parte de aquellos comentarios, hechos en los pasillos, sobre los avatares de nuestra práctica. Es un lugar de intercambio de experiencias de psicoterapeutas y no un ámbito de supervisión. Se requiere deseo de participar y trabajo clínico que compartir.

El lenguaje predominante será el de la escena, tras comparar las diferentes escenas: reales del pasado, futuras temidas o deseadas, etc., se anima a los asistentes a representarlas y se pide al protagonista que preste su escena al grupo, pues la discusión de la misma se catalizará por medio de la multiplicación dramática.

El papel del monitor del taller será el de facilitador de la discusión grupal, pues el objetivo que se traza es el enriquecimiento mutuo que proporcione el encuentro.

Se requiere una sala confortable para quince personas, número máximo de asistentes, que disponga de sillas y un espacio libre central que sirva como espacio dramático.

La duración óptima del taller se estima entre una hora y media y dos horas. El mínimo de inscritos para la realización del seminario ha de ser de seis.

5. Siluetas

VII Reunión Nacional de la AEP

Santillana del Mar, 1 y 2 de junio de 1991

Rosa Rey Pousada

-Presentado en la II Reunión de la ASSG, mayo 1997 y revisado para su publicación en diciembre de 2003-

Introducción

Empezamos a utilizar siluetas en el año 1989, en la consulta particular que por aquellas fechas compartía con Amelia Coppel y Almudena Collantes. La idea se desarrolló reflexionando sobre el tema del cuerpo en sicodrama y buscando facilitar el trabajo con un paciente cuyos síntomas señalaban dificultades corporales.

Por aquel entonces impartía clases de danza a niños con Síndrome de Down, psicosis infantil y otras patologías, y sabía que en el ámbito pedagógico, especialmente en preescolares y en niños con dificultades de aprendizaje¹, era frecuente la realización de siluetas como método de exploración de la imagen corporal, sobre todo en los aspectos espaciales y de coordinación motriz. En dichas clases experimenté con las siluetas y observé que, al colorearlas libremente, cada niño expresaba contenidos emocionales propios e íntimos.

Sobre esta base, consideramos en nuestras reflexiones el método propuesto por Askevold Finn² para medir la imagen corporal en pacientes con diferentes problemas somáticos: el sujeto, situado frente a un papel como si fuese un espejo, marca los puntos de su cuerpo que el observador, situado tras él, le indica tocándole con la yema de los dedos. Finn observó, en pacientes anoréxicas y obesas,

una sobreestimación significativa de la anchura de los hombros, caderas y cintura. Nos pareció interesante la representación del cuerpo o sus partes a tamaño natural.

Comenzamos por ensayar nuestras propias siluetas, comprobando las diferencias que surgían, tanto en su realización como en sus contenidos, y constatamos la sensación de que algo íntimo se exponía a la luz. Luego probamos con colegas de sicodrama, con pacientes y estudiantes de un curso para Auxiliar de Guarderías que estaba impartiendo en el INEM. En todos los casos percibimos la sensación de que algo importante se estaba exponiendo.

En Julio de 1990 nos reunimos con Jaime Rojas-Bermúdez y un grupo de colegas en Sevilla y les mostramos un boceto del trabajo. Lo presentamos públicamente en el «I Encuentro da Sociedade Portuguesa de Psicodrama», realizado en Ofir del 2 al 4 de Noviembre de 1990.

Metodología

1. Se extiende papel de embalar, del tamaño del sujeto, en el suelo.
2. Se le pide que se "sitúe" o que se "acomode" libremente en el papel.
3. Se contornea la silueta, con tres posibles variantes:
 - Por uno mismo. Permite observar cómo se organiza y se las arregla para realizar la tarea y proporciona datos referentes al esquema corporal: utilización de la derecha y la

1. Suzanne Major, Mary Ann Walsh, Actividades para niños con problemas de aprendizaje, Ediciones CEAC, Barcelona, 1982

2. Citado en: Soledad Ballesteros, El esquema corporal, Publicaciones de Psicología Aplicada, TEA Ediciones, Madrid, 1982.

izquierda, omisión de miembros o zonas del cuerpo, etc. Si se cree conveniente, puede pedirse que exprese en voz alta cómo se siente en esa postura y que imágenes le sugiere.

- Por el yo-auxiliar, utilizando un rotulador de punta gruesa y deslizándolo perpendicularmente al papel a la vez que toca el contorno del cuerpo para estimular sensaciones táctiles y observar la reacción corporal.
 - En grupo, unos a otros, favoreciendo la interrelación personal. Se puede consignar o no el pintar perpendicularmente y tocando el cuerpo. En cualquier caso deberemos estar atentos a las particularidades del hacer espontáneo. Permite experimentar los dos polos de la interacción, contornear o ser contorneado, con el componente de la proximidad corporal asociado.
4. Se le pide que la coloree con ceras, pintura de dedos, ... o que la rellene o complete con telas o recortes de revistas. La consigna puede ser abierta o cerrada, si se desea especificar un síntoma o cuestión personal.
5. Se le pide que se levante y observe la silueta. Es interesante, en este momento, estar atentos a los comentarios espontáneos o favorecer la expresión de lo que siente y piensa al verla (si le gusta o no, si coincide con la imagen que tiene de su forma corporal, etc.). También se puede poner el papel vertical ya que el cambio de perspectiva puede modificar la percepción de la silueta.

En la elaboración prevalece la proyección de contenidos y de la imagen corporal percibida por el sujeto que la construye. El individuo se expresa en el objeto, no a su través ni con él. Por tanto, este componente se ajusta más a las técnicas de comunicación estética y a la función creadora de los objetos que a la función mediadora³.

Tras la elaboración propiamente dicha, se puede proseguir:

- Asignando un personaje, que si no surge espontáneamente, se puede sugerir que busque uno. También, se puede adoptar la postura de la silueta y a partir de ella o

poniéndola en movimiento, buscar o matizar el personaje.

- Poniéndole título.
- Dependiendo del material surgido, se continuará el trabajo con cualquiera de las técnicas sicodramáticas: dramatización de escenas, construcción de imágenes, elaboración de cuentos, trabajo con títeres, realización de otras siluetas, etc.

Un caso práctico

Presentación del paciente

Paciente con alteraciones en el sentimiento de integridad del yo. Derivado al Hospital de Día a finales de 1995 para observación y esclarecimiento diagnóstico. Su sintomatología se refiere a ideas de extrañeza e irrealidad en relación con la "conciencia del yo", con manifestación de ideas de suicidio. Su cuadro comenzó con lo que parecían ser ideas obsesivas por temor a ser homosexual.

A pesar de que se mueve y actúa con normalidad y de que presenta un adecuado desempeño social y contacto afectivo, refiere no tener sentimientos ni hacer las cosas normales, por lo que se ha inventado un yo para poder hacerlo debido a que el "verdadero yo" no puede hablar.

Desarrollo de la sesión

En la quinta sesión de sicodrama individual se exploran los dos "yo" mediante la técnica de siluetas: se le ofrece un trozo de papel de embalar de su tamaño y se le pide que se sitúe sobre el papel y dibuje su silueta, cosa que realiza sin dificultad.

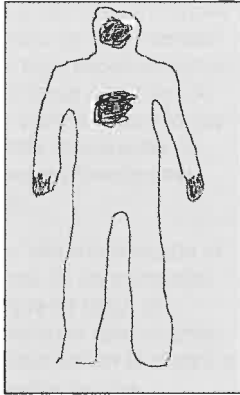
Luego se le pide que pinte, con ceras de colores, el "verdadero yo" que dice no conocer y que "sale, a veces, un instante": colorea la cabeza de negro, la zona del pecho de color amarillo y las manos de blanco.

Explica que el negro representa "confusión", el amarillo "alegría, paz, cuando me encuentro yo mismo" y el blanco que las manos se le quedan heladas y "mi mano se pone dura".

Esta expresión destaca por su carga emocional, por el empleo del singular y porque sugiere una connotación sexual, hipótesis que se confirmará en el transcurso de la sesión.

3. Rojas-Bermúdez, Jaime, *Teoría y Técnicas Psicodramáticas*, pag. 167, Paidós, Barcelona, 1997. Pág. 166-167.

Después se le pide que haga otra silueta y coloree el "yo falso, el que se inventó": sobre la misma silueta, por su propia iniciativa, pinta la cabeza de color blanco, el pecho de negro y las manos de rojo. Explica que el blanco en la cabeza es porque "intento que la gente me vea normal". Sobre el negro en el pecho dice: "depresiones, siempre con problemas". Del rojo comenta que "puedo disimular mover las manos". A continuación explica: "creé un anticuerpo para que las cosas no me afectaran porque el verdadero yo es muy vergonzoso y agacha la cabeza".



Hace un inciso para explicar cómo siente que hace para coger cualquier cosa pero su discurso deriva hacia un suceso ocurrido hace tiempo y del que evitaba pormenorizar en las contadas ocasiones en las que aludió al mismo. Es necesario aclarar aquí que este tipo de incisos eran frecuentes en sus sesiones, interrumpiendo el trabajo o su propio discurso. Estas explicaciones sobre "lo que me ocurre" le ocupaban mucho tiempo al principio, pero fueron disminuyendo a medida que iba siendo capaz de hablar de sí, apareciendo sólo en momentos en que el tema, de alguna manera, le turbaba.

Sobre el suceso en cuestión dice: "X agarró mi mano y la puso en su pene". X era un chico de unos 15 años que, según el paciente, había abusado de él cuando tenía 11 años.

A partir de aquí se pasó a explorar el suceso con la técnica de construcción de imágenes. El paciente pudo, así, dar un paso más en la elaboración del suceso y su relación con la sintomatología, explicando lo ocurrido y expresando la ambivalencia de lo que sintió: "susto y gusto".

Se comprobó la hipótesis derivada de la realización de las siluetas tanto en lo que hizo como en lo que dijo: la carga sexual puesta en las manos. No sólo representó pene y mano con la misma forma (como sendas telas en forma de cuadrado) sino que, incluso cometió un lapsus ("Cuando mi pene agarró su mano").

Reflexión teórica sobre el caso

La observación del contorno de la silueta revela:

- La diferencia entre las partes derecha e izquierda del cuerpo, con la mano y el brazo derechos menos definidos que el izquierdo.
- El pie derecho sin cerrar parece indicar una delimitación incompleta del cuerpo, indefinición personal o falta de apoyo.

Con respecto al contenido:

- Los contenidos de la primera silueta ("yo verdadero") se refieren al "yo natural" y los de la segunda ("yo falso, inventado") al "yo social"⁴.
- Su decisión de utilizar el mismo contorno (continente) para representar sus dos "yo" (contenidos) indica cierta integración.
- En la silueta están representados el pensar, el sentir y el hacer (áreas mente, cuerpo y ambiente⁵) situados en las zonas corporales correspondientes (cabeza, pecho y manos).

Con respecto a los colores:

- La "confusión" (negro) y los "intentos para que la gente me vea normal" (blanco) los sitúa en la cabeza.
- La "alegría, paz, cuando me encuentro yo mismo" (amarillo) y la "depresión, siempre con problemas" (negro) los sitúa en el pecho.
- Con "mi mano se pone dura" (blanco) expresa descontrol corporal y "poder disimular mover las manos" (rojo) se relacionan con el intento de ocultarlo.

Con respecto a la dinámica:

- El negro en la cabeza del "yo verdadero" pasa al corazón en el "inventado".
- El blanco de las manos pasa a la cabeza.
- El amarillo del corazón pasa a las manos, convirtiéndose en rojo.

La extraña sintomatología y la alternancia de rasgos obsesivoides e hysteriformes hacen pensar en una estructura sicótica razonablemente compensada.

4. *Ibidem* pág. 412, 421-423,

5. *Ibidem* pág. 348-350

6. Psicodrama de pareja y familia

X Reunión Nacional de la AEP

Archena, 29 de abril al 1 de Mayo 1994

Pablo Población Knappe
*Director del Instituto de Técnicas de Grupo y
 Psicodrama (I.T.G.P.)*

Éste trabajo ha sido corregido y actualizado para su publicación. Fué presentado como Introducción a la Ponencia.

Resumen

El autor hace una revisión de la práctica de la terapia de pareja y de familia desde los distintos modelos de aplicación del Psicodrama.

Los distribuye en cuatro grupos: psicodramatistas morenianos ortodoxos, psicoanalíticos, freudianos ó lacanianos y sistémicos, comparando su orientación y sus técnicas desde ocho ítems.

Palabras clave

- Terapia de pareja y familia
- Psicodrama
- Sociodrama

Introducción

Los últimos 30 años han mostrado un incremento progresivo del interés por las terapias familiares. Desde una concepción de la familia como foco de la atención terapéutica se pasa cada vez más de la atención al paciente como individuo a su consideración como simple P.I. o punto de ruptura de una familia enferma o disfuncional.

Los paradigmas sistémicos, llámense Teoría General de los Sistemas (Von Bertalanffy), cibernética (N.Wiener) o estructural, nacen allá por los años 40 y se convierten en un marco general de concepción del hombre como ente psicosocial. La consecuencia natural, es la tendencia a tratar los sistemas de relación y ver a la familia como el conjunto ó sistema que exige una atención privilegiada.

Haley (en Tácticas de poder de Jesucristo) sitúa el nacimiento de las terapias familiares en

1960. A partir de ahí surgen distintas escuelas que Espina Barrio (Tesis doctoral, 1992) clasifica en 5 tipos:

| Orientaciones en terapia familiar | | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Tipos | Pioneros | Lugar del cambio/terapia | Estilo del cambio/tiempo |
| 1-Afectivo-experiencial | Virginia Satir | Dentro | Continuo |
| 2-Psicoanalítico | N.Ackerman | Dentro | Continuo |
| 3-Estructural | S.Minuchin | Dentro y fuera | Continuo |
| 4-Estratégico | J. Haley M.R.I. | Fuera | Discontinuo |
| 5-Escuela de Milán | M. Selvini L. Boscolo G. Cecchin G. Prata | Fuera | Discontinuo |

Las terapias familiares se convierten en paradigmas o moda científica en los ambientes terapéuticos, llegando incluso a tomar una posición entre los hábitos socialmente aceptados. Y al prescindir del paciente individualizado y focalizarse en el grupo familiar se recurre necesariamente a una posición distinta del terapeuta que se reconoce como parte del grupo en juego ó sistema terapeutico (cibernética de 2º orden) y también, por supuesto, a "nuevas técnicas" que se deslizan cada vez más del manejo o manipulación de solo los modos comunicacionales verbales a la introducción de vías instrumentadas en la acción, a las que se denomina escenificación, escultura, etc.

Nos encontramos así con terapeutas que consideran necesario tratar la red de relaciones del grupo familiar, primándolo sobre el P.I. y cuyas técnicas se basan cada vez más en la acción.

Los psicodramatistas nos podemos sorprender y alegrar de ésta re-creación, de éste inventar de nuevo el psicodrama y, muy especialmente, el psicodrama familiar. Debemos sentirnos de enhorabuena al recuperar para la praxis lo que era uno de los intereses más destacados de Moreno desde que inició su exploración del hombre, es decir, la familia.

Ya en 1922, aún en Viena, Moreno describe el "Tratamiento Psicodramático de un comportamiento neurótico infantil" que se inicia con psicodrama simbólico y concluye con escenas dramatizadas en las que intervienen la madre y el hijo. Su interés por la familia es una constante y en 1933 publica "Psychological Organizations of Groups in the Community" donde describe por primera vez los principios de la terapia familiar; reproducimos el párrafo:

La estructura dinámica de la familia no se ha valorado hasta ahora sino desde el punto de vista del individuo, como es habitual en psicoanálisis. No se ha tenido en cuenta el punto de vista del grupo total. El ejemplo clásico de esto es el complejo de Edipo, el psicoanálisis de Edipo Rey, que se limita a la persona de Edipo. Pero para comprender el drama real de Edipo en su totalidad, Freud tendría que haber analizado a toda la familia de Edipo y realizar un análisis total de todas las personas del drama y de sus relaciones recíprocas; el análisis de su padre Layo, de su madre Yocasta, Edipo y Layo, Edipo y Yocasta, Layo y Antígona. En el enredo entre estas tres personas se refleja la situación edípica de forma diferente en cada una de ellas y se prevé la constelación de toda la familia edípica. Lo que se llama "complejo de Edipo" y lo que se podría llamar "complejo de la familia edípica" son cosas distintas. Pero en la psicoterapia de grupo lo importante es justamente el complejo de la familia edípica, como grupo.

En 1936, en "Un caso de neurosis de angustia complicada con un conflicto conyugal", trata al conjunto de la pareja, llevando a cada conyuge a "actuar como yo-auxiliar o terapeuta del otro", y quedando el "psiquiatra como mediador". En este trabajo introduce conceptos que actualmente se consideran fundamentales, como aceptar la subjetividad de cada miembro como su realidad personal que será la que presente y re-presente (constructivismo), el encuentro de las escenas internas de los miembros de la pareja, que llama tele-conexión, el origen de la

perturbación de un sujeto como consecuencia de haberse sentido compelido dentro de la dinámica de su familia de origen a "restablecer el equilibrio entre su padre y su madre"(triangulación). Utiliza las técnicas de improvisación, representación de escenas reales, imaginarias y sueños, etc. Ya en este caso incluye el concepto de neurosis interpersonal, que maduraría en publicaciones posteriores. Hablando del marido, dice:

"La neurosis de espacio y tiempo de Roberto se había desarrollado ya plenamente antes de que conociese a su mujer, pero el matrimonio influyó en sus relaciones y produjo un segundo estado, una neurosis interpersonal, conyugal, que recubrió a la primera. La actuación del segundo estado trazó el camino para el tratamiento del primero. Se utilizó a la mujer como mediador terapéutico que adoptó a veces, frente al paciente, la posición del psiquiatra, mientras el propio paciente ocupaba, como auxiliar terapéutico ocasional, el lugar del psiquiatra en relación con su mujer.

La función del ego auxiliar consiste en preparar el terreno a la vivencia decisiva que tendrá lugar entre los protagonistas.

Un dato curioso es que, por lo que sabemos, este fué el primer caso de la historia de la psicoterapia cuyo protocolo se recogió íntegramente con el uso de un magnetofón.

En 1937, en la Revista Sociometry, cristaliza sus conceptos de Terapia Interpersonal. En un artículo sobre terapia de un triángulo matrimonial, dice

"Existe un área, intermedia entre la de los individuos aislados y la de las agrupaciones promiscuas de individuos, en la que reina una peculiar intimidad; se trata de conjuntos altamente estructurados de personas unidas por lazos tradicionales o emocionales de larga data, tales como los matrimonios, los miembros de una familia, las parejas de amantes, los amigos íntimos o los asociados en negocios. Cuando se producen conflictos entre los miembros de tales grupos hacen falta formas de tratamiento capaces de alcanzar los síndromes interpersonales de una manera tan profunda, o aún más, que cuando se trata de personas aisladas. La "terapia interpersonal" representa una categoría especial de terapia, bien podríamos clasificarla separadamente de la psicoterapia individual y la de grupo".

No puede ser más claro y concreto Moreno en su calificación de la familia y otros grupos humanos como redes de relación interpersonales que es preciso tratar con una óptica centrada en estas redes y no en éste o aquel individuo, pues es consciente de que "Yo no estaba tratando a una persona o la otra sino una relación interpersonal, lo que podría llamarse una Neurosis interpersonal", insistiendo que cualquiera de ellos puede estar "sano o enfermo" pero que el objetivo de la terapia debe ser ese otro "estado" o situación conflictiva interpersonal: "La esencia del procedimiento no era tanto producir una catarsis a través de su relación (se refiere al médico) con la paciente, como ayudar a producir una catarsis entre los participantes reales del conflicto, el hombre, la esposa y la otra mujer, es decir, devolver la salud (o la funcionalidad o la espontaneidad) o convertir en un universo abierto a aquella red de relaciones entre aquellas personas que: "Es como si en el curso de los años hubieran desarrollado una larga cadena finamente entrelazada de estados en cierto modo inconscientes" (co-inconsciente). Insiste, en que es esa malla de relaciones en parte consciente y en parte inconsciente, lo que es preciso abordar con el psicodrama, o como dice en otro momento: "Los medios sociométricos pueden ser empleadas para el diagnóstico y terapia familiar". Estos grupos familiares, como otros, tienen una estructura sociométrica cuyas bases se establecen en función del factor tele desde el primer encuentro. La pareja se constituye desde el principio con una determinada estructura vincular que se establece como un condicionante altamente significativo pues permanece como base de la familia que puede crecer a partir de tal pareja. Tal red puede no "mostrarse desde el principio" lo que no obsta para que desde su situación oculta sea la estructura básica para bien o para mal de aquella familia.

La función del terapeuta es definida como lo que desde la epistemología sistémica se denomina elemento del sistema terapéutico, ya que como nos dice Moreno: "El terapeuta debe transformarse en actor participante" y "movilizar la propia personalidad para prestar ayuda", con lo que se adelanta y coincide con las muy últimas corrientes de la terapia familiar sistémica.

Aunque podría continuar aportando datos de la obra de Moreno, voy a terminar con una frase que me parece definitiva: "Cuando dos

personas viven juntas y se encuentran diariamente, entonces comienza la verdadera situación dramática".

Ackerman, comentando a Moreno resume en su párrafo todo lo anterior cuando escribe:

"Se contempla ahora la salud mental como un fenómeno que no se reduce a lo que existe dentro de una persona, sino como algo que debe ser valorado dentro de una persona, entre personas, en el grupo en que transcurre la vida familiar y en la estructura de las relaciones sociales en la comunidad entera".

Moreno sienta pues, con una notable antelación a la moda actual, las bases de la terapia de pareja y familia como sistemas relacionales disfuncionales que exigen un tratamiento per se o por el surgimiento en ella de un punto de fractura o paciente identificado. Los protocolos que publica son muy numerosos como clara expresión de su interés por el tema. Sin embargo, mi impresión es que por razones que quizá no tenga lugar considerar en este momento, la mayoría de los psicodramatistas consideran éste campo de intervención como menos importante o interesante que otros, ya que las publicaciones sobre éste tema son bastante escasas, solo en los últimos 10 ó 15 años, vuelve a retomarse, puede ser que estimulados los psicodramatistas por el auge de la terapia familiar sistémica.

Quizas más que el número de publicaciones sobre el tema nos puede interesar las diferencias que encontramos dentro de los varios enfoques que surgen dentro del psicodrama en función de una línea que va desde una ortodoxia hasta aquellos modos lo suficientemente heterodoxos como para que algunos autores se pregunten si a esa terapia se le puede considerar aún psicodrama. Incluyo aquí todas estas modalidades en cuanto en mi opinión todas ellas si son psicodrama y precisamente su diversidad enriquece y hace crecer la obra de Moreno.

A partir de los trabajos que publicó Moreno de terapia con parejas y familias, otros psicodramatistas toman el testigo de la investigación y práctica terapéutica en éstas áreas. Pertenecen a escuelas con diversas posiciones teóricas y técnicas y siempre dentro del psicodrama más próximas o más alejadas de lo que podríamos considerar la ortodoxia moreniana.

Tras estudiar las publicaciones de una serie de autores sobre psicodrama de parejas y/o familias, me he atrevido a hacer una clasificación en cuatro apartados como una primera aproximación al tema. No se trata en absoluto de una revisión exhaustiva de la bibliografía, sino de un muestreo en el que quedan fuera incluso figuras importantes, pero que nos parece suficiente para ésta presentación.

Al encajar a los autores en un determinado apartado nos encontramos con diferencias formales en los enfoques de los que incluimos bajo un título dado, pero consideramos que concuerdan suficientemente en lo sustancial. No tenemos la sensación de embutir a la fuerza los datos sino de hallar suficientes puntos de encuentro como para poder formar subgrupos con entidad propia supraindividual y evitar, por otra parte, una excesiva atomización.

A los cuatro apartados les damos los títulos de:

1. Psicodramatistas Morenianos ortodoxos.
2. Psicodramatistas psicoanalíticos (o psicoanalistas psicodramáticos)
3. Psicodramatistas freudianos.
4. Psicodramatistas sistémicos.

Intentaré aclarar un poco más allá lo que significa para mí cada una de estas denominaciones. En "Psicodramatistas Morenianos ortodoxos" integro a aquellos autores que en líneas generales se ajustan a la teoría y práctica del psicodrama dentro de las coordenadas morenianas, aunque, como producto natural y necesario de la evolución histórica posterior a Moreno, hayan ido introduciendo sus propias aportaciones tanto en el área teórica como técnica. En el apartado "Psicodramatistas Psicoanalíticos" que, en algún caso sería más apropiado quizás denominar Psicoanalistas Psicodramáticos, incluyo a los autores que parten de un encuadre psicoanalítico para, desde ahí, integrar más o menos aspectos del psicodrama, desde solo la teoría de la escena hasta las meras técnicas. "Psicodramatistas freudianos" son los que, desde las formulaciones psicoanalíticas de Lacan usan también técnicas psicodramáticas. Como "Psicodramatistas morenianos sistémicos" calificamos a aquellos profesionales que consideran las teorías de Moreno isomórficas a las sistémicas o que, al menos, buscan una integración de psicodrama y terapia familiar sistémica.

Insistimos en que dentro de cada grupo nos

limitamos a tomar algunos autores sin más significación que aparecer como referentes del modelo que utilizan. Aparecen reseñados, en la primera columna de los gráficos. A estos cuatro grupos haremos preceder al propio J.L. Moreno.

En cada grupo revisamos los siguientes ítems:

1. Denominación que dan a su trabajo.
2. Apoyo teórico de su praxis.
3. Conceptos que manejan de la pareja y de la familia y de sus conflictos.
4. Terapeutas (número y cualidad).
5. Funciones del terapeuta.
6. Vías terapéuticas.
7. Técnicas utilizadas.
8. Objetivos perseguidos (Ver gráficos 1 y 2)

Con independencia de las conclusiones- y críticas- que cada cual pueda obtener de la lectura de los gráficos, nosotros queremos resaltar lo que nos parece que merece destacar como factores que se comparten desde distintos encuadres y también las diferencias significativas.

En una primera revisión y desde una visión superficial solo parecen compartirse escasamente dos factores: a) la concepción de la pareja y familia como estructuras o redes de relaciones interpersonales, aunque se utilicen distintos lenguajes para expresarlo y b) el uso de técnicas psicodramáticas aunque los psicoanalistas introduzcan también técnicas psicoanalíticas y los sistémicos técnicas desarrolladas en éste campo.

Si se profundiza algo más también aparece un paralelismo en la consideración de que la estructura de la pareja puede nacer con pautas disfuncionales o que los conflictos aparezcan a lo largo de su evolución histórica como consecuencia de factores intrínsecos o extrínsecos a la pareja o familia.

De todos modos, en cuanto que los psicoanalistas parten de que la estructura de pareja nace del encuentro de las escenas infantiles de sus componentes y de ahí el origen de sus conflictos, y que tanto los morenianos como los sistémicos aceptan que el conflicto puede aparecer como neurosis interpersonal aunque A y B sean personas sanas, hay una cierta disensión en estas áreas.

| Orientaciones de terapia de pareja y familia dentro del psicodrama (P. Población) | | | | |
|--|---|---|--|---|
| Autores | Denominación | Apoyo Teórico | Concepto pareja y familia sus conflictos | Terapeutas |
| J.L. Moreno | <ul style="list-style-type: none"> • Terapia interpersonal • Psicoterapia psicodramática de pareja y familia. | <ul style="list-style-type: none"> • Sociometría • Psicoterapia de grupo • Psicodrama • Sociodrama | <ul style="list-style-type: none"> • Conjunto de personas en una red vincular interpersonal. • Co-inconsciente • Patología de los roles y de la espontaneidad. • Trastorno de la estructura interpersonal. | <ul style="list-style-type: none"> • Director psicodramático • Yo-auxiliares • Propios participantes |
| Morenianos "ortodoxos" Bustos, Perazzo López Sánchez Correia Rojas Bermúdez Narvaez, Alvarez Valcarce, Fonseca Shearon y Armour | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapia psicodramática de parejas y familias • Psicodrama de pareja y familia • Sociodrama de pareja y familia | <ul style="list-style-type: none"> • Psicodrama • Sociometría • Sociodrama vincular | <ul style="list-style-type: none"> • Interjuego entre personas a través de roles. • Existencia de varios juegos vinculares • Las crisis de la pareja y familia • Sistema de relaciones • Estructura vincular | <ul style="list-style-type: none"> • Director psicodramático • Director y yo-auxiliares |
| Psicodrama Psicoanalítico Pawlowsky Losso Albizn Packiarz Anzieu Blanchard | <ul style="list-style-type: none"> • Psicodrama Psicoanalítico de pareja y familia • Psicoanálisis de pareja y familia con técnicas psicodramáticas • Uso de técnicas psicodramáticas en terapia de pareja | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoanálisis • Teoría de la escena • Psicodrama solo como técnica dramática de la pareja | <ul style="list-style-type: none"> • Identificaciones proyectivas • Inconsciente común • Imbricación de la dramática interna de dos personas. • Collage de escenas infantiles de ambos miembros | <ul style="list-style-type: none"> • Coterapia en pareja heterosexual |
| Psicodrama freudiano G. y P. Lemoine | <ul style="list-style-type: none"> • Psicodrama de parejas | <ul style="list-style-type: none"> • Análisis lacaniano | <ul style="list-style-type: none"> • Repetición inconsciente de situaciones infantiles. Juego de ilusión recíproca que anula la castración y se articula alrededor de la posesión del falo. | <ul style="list-style-type: none"> • Coterapia |
| Psicodrama sistémico E. López-Barberá T. Herranz P. Población A. A. Schutzenberger S. Baer | <ul style="list-style-type: none"> • Psicodrama de pareja y familia • Psicodrama sistémico de pareja y familia | <ul style="list-style-type: none"> • Sociometría • Teoría de la escena • Psicodrama • Teoría sistémica | <ul style="list-style-type: none"> • Sistemas vinculares en evolución nacidos del encuentro de sistemas individuales cuyas escenas se encuentran para conformar la escena estructural primigenia de la pareja. • Falta de espontaneidad origen de la disfunción • Familia como matriz de identidad y diferenciación | <ul style="list-style-type: none"> • Terapeuta o coterapia • Propios participantes |

Curiosamente todos parecen estar de acuerdo (quizá con la excepción de algunos lacanianos) en que el/los terapeuta/s forman parte o están implicados en el tejido terapéutico.

Las diferencias se marcan sobre todo entre el grupo de los psicoanalistas psicodramáticos y los morenianos y sistémicos:

1 - Denominación de estas terapias como psicoanálisis psicodramático de pareja y familia

en los primeros y psicodrama, psicoterapia psicodramática o sociodrama de pareja y familia en los segundos.

2 - Las bases teóricas desde la que se concibe la estructura y conflictos de estos entes: red sociométrica, de roles o escenas, en unos y conflictos edípicos en los otros.

3 - Las funciones del terapeuta, en los psicodramatistas se contempla como Director psico-

| Orientaciones de terapia de pareja y familia dentro del psicodrama (cont.) (P. Población) | | | | |
|---|---|---|---|--|
| Autores | Funciones del terapeuta | Vías terapéuticas | Técnicas | Objetivos |
| J.L. Moreno | <ul style="list-style-type: none"> • Director de escena • Activador • Yo-auxiliar • Intermediario • Actor participante | <ul style="list-style-type: none"> • Catarsis interpersonal | <ul style="list-style-type: none"> • Todas las del Psicodrama • Sociometría • Sociodrama | <ul style="list-style-type: none"> • Recuperación de la espontaneidad • Universo abierto |
| Morenianos ortodoxos | <ul style="list-style-type: none"> • Director psicodramático • Más o menos directivos | <ul style="list-style-type: none"> • Se persigue recuperar un modo vincular "sano" • Eliminación del conflicto • Solo roles familiares (Sociodrama) • Modificación sistema relacional y reglas familiares • Catarsis | <ul style="list-style-type: none"> • Todas las del Psicodrama • Organización de escenas • Explicación del sistemarelacional • Reglas familiares imperantes (mitos) | <ul style="list-style-type: none"> • Recuperación de un modo vincular "sano" • Eliminación de conflictos • Vuelta a situación relacional abierta • Modificar reglas y sistema familiar |
| Psicodrama psicoanalítico | <ul style="list-style-type: none"> • Terapeuta psicoanalítico • Depositario de roles y fantasías • Modelos • Comprensión desde identificación sexual • Usar técnicas psicodramáticas | <ul style="list-style-type: none"> • Encuentro con el grupo interno y escenas latentes • Acción sobre identificación proyectiva | <ul style="list-style-type: none"> • Psicodramáticas • Psicoanalíticas • Dramatizaciones propuestas por el terapeuta | <ul style="list-style-type: none"> • Resolución de la estructura neurótica-edípica |
| Psicodrama freudiano | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoanalista lacaniano que usa técnicas psicodramáticas | <ul style="list-style-type: none"> • Toma de conciencia • Catarsis considerada como epiménogeno | <ul style="list-style-type: none"> • Dramatización • Interpretación desde el marco lacaniano • Unir varias parejas | <ul style="list-style-type: none"> • Encuentro con la soledad |
| Psicodrama sistémico | <ul style="list-style-type: none"> • Director psicodramático • Co-creador del sistema terapéutico • Co-experimentador • Más o menos directivo | <ul style="list-style-type: none"> • Catarsis interpersonal como reestructuración • Insight de escenas latentes • Comprensión | <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas Psicodramáticas • Técnicas Sistémicas • (Privilegio de las técnicas de dramatización, escultura, fundamentales, O.I. e injerencia en el sistema) | <ul style="list-style-type: none"> • Recuperación de la espontaneidad/funcionalidad |

dramático en cuanto instrumento y en los psicoanalistas como depositarios de identificaciones, modelo y terapeuta que debe clarificar lo que sucede con sus interpretaciones y señalamientos.

4 - Las vías terapéuticas serían en un caso la catarsis interpersonal y en el otro el insight, siendo la catarsis un puro epifenómeno.

5 - Los objetivos que se persiguen en la terapia también difieren en su enunciado: en unos la recuperación de la espontaneidad del grupo y de los individuos y la modificación de las reglas familiares y en los otros la resolución de las situaciones edípicas. Los lacanianos se apartan de ambos y persiguen el encuentro de cada

miembros de la pareja con su soledad ontica.

6 - El equipo terapéutico está conformado en los morenianos por el Director Psicodramático con o sin yo-auxiliares y en los psicoanalistas por una pareja heterosexual en coterapia.

7 - Por último, el acento en el trabajo terapéutico se centra en unos más en el aquí-ahora y en los otros más bien en el análisis de situaciones biográficas de la infancia.

En resumen, en aquellos que utilizan el Psicodrama de cualquier forma en el tratamiento de la pareja y familia creemos que se puede destacar, trascendiendo aspectos de menos relevancia o diferencias secundarias:

1.- La concepción de éstos grupos como una totalidad a tratar como tal. Solamente los "freudianos" parece que consideran que la patología está intrínsecamente relacionada con ese formar un nuevo ente y buscan la "curación" en el encuentro de cada miembro de la pareja con su soledad ontica como camino de salud.

2.- En íntima relación con lo anterior aparece la importancia de la lectura de la estructura sociométrica de la pareja y familia, llámese red sociométrica, drama interno y/o externo, o escenas internas y externas. En algún caso, como el del propio Moreno, con el añadido de la importancia que tiene el contexto o redes sociales en que se encuentra inmersa la pareja en sus modos funcionales.

3.- Parece cada vez más utilizado el concepto de escena para la lectura de la estructura y desarrollo del drama familiar. Desde Moreno, pasando por Martínez Bouquet y nosotros mismos, entre otros muchos, el concepto de escena se ha ido perfilando y perfeccionando, acercándose cada vez más al concepto de sistema, enunciado por Von Bertalanffy.

4.- El concepto de escena obliga a una sintaxis tridimensional del objeto terapéutico que a su vez obliga a su tratamiento desde la acción, como lenguaje perteneciente a dicha sintaxis tridimensional (o tetradimensional si consideramos el tiempo como otra dimensión).

5.- El concepto de curación va por ello también irremediamente unido a la modificación no de uno de los miembros (P.I.) sino de todo el grupo (catarsis grupal, catarsis sociométrica, o resolución de los conflictos edípicos de la estructura).

6.- La consideración del terapeuta como co-experimentador, es decir, como parte del grupo en tratamiento, desde la incidencia que tienen sus propias escenas internas en el mismo, ya que éstas escenas internas del terapeuta se engarzan inevitablemente con las del grupo, dan un estilo sui-generis de actitudes y conductas y condicionan sensiblemente el proceso terapéutico.

Lo que nos parece evidente es que el psicodrama aparece como una vía muy útil, si no privilegiada, para tratar los conflictos de pareja y familia y por esto quiero estimular a todos a ocuparse de estos grupos en su práctica profesional.

Bibliografía

- Albizu de García, O.: "Psicoterapias de parejas", en Clínica Grupal. Ed. Búsqueda. B.Aires, 1970.
- Alvarez Valcarce, P.: "Tratamiento con sociodrama familiar de un niño epiléptico con conductas". I Reunión Nacional de la AEP.
- "Teoría del sociodrama familiar". Inform. Psiquiátrica, n° 140, pág. 147.
- Baer, S.: "El lenguaje del cuerpo en la terapia de familia".
Rev. Vínculos N16, Madrid, 1992.
- Baer, S. y López Barberá, E.: "Terapia familiar sistémica-estructural psicodramática".
Rev. Vínculos N11, I.T.G.P. Madrid, 1990.
- Bustos, D.: "Psicoterapia psicodramática de parejas" en "Nuevos rumbos en psicoterapia psicodramática". Ed. Momento. La Plata, Argentina, 1985.
- Bustos, D.: "Perigo, amor a vista". Ed. El Aleph. Sao Paulo, Brasil, 1990.
- Cia, A.H.: "El psicodrama, una lectura comunicacional". Cuadernos de Psicoterapia, t. XIII-XIV. Ed. Genitor. Buenos Aires, Argentina, 1979.
- Correia Soeiro, A.: "Psicodrama e psicoterapia". Ed. Escher. Lisboa, 1991.
- Díaz Morfa, J. y Ubrí Acevedo, D.: "El psicodrama en la terapia familiar, un caso clínico". II Reunión Nacional de la AEP.
- Espina Barrio, J.A.: "Evolución sociométrica de grupos psicodramáticos". Tesis doctoral. Valladolid, 1992.
- Fonseca Fábregas, E.: Taller presentado en la VI Reunión de la AEP.
- Herranz, T.: "La respuesta psicosomática en el proceso de intervención familiar". Rev. Vínculos N11, I.T.G.P. Madrid, 1992.
- Herranz, T.: "El cuerpo, precisiones terminológicas desde una concepción epistemológica gestáltica". Cuadernos Larda, Año II, N132, pag. 4-11, 1992.
- Lemoine, G. y P.: "Psicodrama y matrimonio", en una teoría del psicodrama. Granica Ed. Buenos Aires, 1974.

López Barberá, E.: "La terapia de familia desde el psicodrama".

Artículo en colaboración equipo ITGP. Revista Encuentro (ITGP). Vol.2, 1985.

López Barberá, E.: "El psicodrama y la terapia de familia. Técnicas activas en el "aquí y ahora", aspectos comunes". III Congreso de la Asociación Española de Psicodrama (AEP). Barcelona. Revista Informaciones Psiquiátricas, Vo.106, 1986.

López Barberá, E.: "Objetivos de la terapia de familia". Artículo en colaboración equipo ITGP. Revista Encuentro (ITGP). Vol.3, 1986.

López Barberá, E.: "Terapia de pareja y psicodrama". I Congreso Internacional de la Asociación Europea de y Psicopatología Social y VI Congreso Nacional de la Asociación Española de Psiquiatría y Psicopatología Social. Madrid, 1987.

López Barberá, E.: "Psicodrama y teoría general de sistemas". Encuentro Internacional de Psicodrama. Barcelona, 1988.

López Barberá, E.: "Integración de la terapia estructural y el psicodrama como modelos de comprensión de los sistemas psicosociales". Revista Vínculos n11, año 1990.

López Barberá, E.: "TERAPIA DE PAREJA". IV Encontro Internacional de Psicodrama. Sao Paulo. Brasil, 1991.

López Barberá, E.: "Compresión sistémica del psicodrama".

II Encontro da Sociedade Portuguesa de Psicodrama. Portugal, 1992.

López Barberá, E.: "Abordaje psicodramático de una familia reconstituida". Rev.Vínculos N15, I.T.G.P. Madrid, 1992.

López Barberá, E.: "Psicodrama de parejas". Rev.Vínculos N12, I.T.G.P. Madrid, 1991.

López Barberá E. y Población P.: "La escultura y otras técnicas psicodramáticas" Ed.Paidos, 1997.

López Sánchez, J.M.: "El psicodrama en psiquiatría clínica". CEP. Ed.Anel, Granada, 1982.

Losso, R. y Losso, A.: "Psicoanálisis de la pareja. Coterapia y empleo de técnicas psicodramáticas", en Temas Grupales N11 Ed.Cinco, Argentina, 1987.

Losso, R. y Packiarz, A.: "Crónica del tratamiento psicodramático psicoanalítico de una pareja" en Desarrollos en psicoterapia de grupo y psicodrama. Gedisa, Barcelona, 1982.

Moreno, J.L.: "Psicoterapia de grupo y psicodrama". Fondo de Cultura Económica. México, 1966.

Moreno, J.L.: "Psicodrama". Ed.Hormé, 1961.

Moreno, J.L.: "Las bases de la psicoterapia". Ed.Paidos, Buenos Aires, 1967.

Moreno, J.L.: "Psicomusica y sociodrama".

Narvaez, MOC.: "Sociodrama familiar", en Cuadernos de Psicoterapia, T.XIII-XIV, Ed.Genitor, Buenos Aires, 1979.

Oliveira Neto, A.: "Casamento: Jogos dramaticos un modelo etologico em orientacao". Rev.Temas N143, Sao Paulo, 1992.

Pawlovsky, E.: "La utilización de las técnicas psicodramáticas en el diagnóstico de los conflictos de pareja" en Clínica Grupal N11, Ed.Búsqueda, Buenos Aires, 1970.

Población, P.: "El sistema-escena en el psicodrama". Revista Psicopatología. Madrid, 1990.

Población, P.: "El sistema-escena como modelo de comprensión de los sistemas psicosociales". Informaciones Psiquiátricas, 1992.

Población, P.: "Supervisión activa total (S.A.T.)". XIV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar. Santiago de Compostela, 1993.

Población, P. y López Barberá, E.: "La escultura en terapia familiar".

Rev.Vínculos N13, I.T.G.P., Madrid, 1991.

Población, P.: "Teoría y práctica del juego en psicoterapia" Ed. Fundamentos. 1997.

7. La vida celestial o como afrontar las pérdidas de la vejez

XVII Reunión Nacional de la AEP

Granada, 28 al 30 de septiembre de 2001

Jose A. Espina Barrio y Javier Arbeloa

Taller y comunicación posterior en la mesa "Crisis en la vejez":

Resumen taller y comunicacion

Se comentan las funciones biológicas, psíquicas y sociales que cambian con los años. De como se tramiten dichas pérdidas va a resultar un proceso de envejecimiento creativo o empobrecedor para las personas. Se diseña un Taller previo que permita a los participantes disfrutar de la vida y sentir el transcurso del tiempo. La transformación corporal y relacional va a mostrar los cambios de la edad. Si de estos ejercicios surgen algunas escenas se dramatizarán. Se acabará representando la Poesía de "La Vida Celestial" (Extraída del ciclo "El cuerno mágico del muchacho"), que es el último movimiento de la 4ª Sinfonía de Mahler. Las conclusiones del Taller se llevarán a la Mesa, integrando la vivencia con la reflexión posterior; donde el conocimiento se aprehende por medio de la acción y de ésta surgen nuevos conocimientos, en una espiral creativa que llevará las sensaciones del Taller a la mesa: "Crisis en la Vejez".

Material taller

- Sala amplia para 30 personas, si es posible con moqueta o alfombra.
- Sillas en círculo con un espacio central exento.
- Proyector transparencias.
- Pizarra u hoja de papel para poster o escritos.
- Aparato de música para CD ó cassette.

Material comunicación

- Proyector transparencias y diapositivas.
- Pizarra ú hoja de papel para póster o escritos.
- Aparato de música para CD 6 Cassette

Estructura y realización de la conferencia taller.

Ambas van a tener como fondo musical la 4ª Sinfonía de Mahler. En este escrito se intercambiarán, a modo de preludeo, fragmentos de la Poesía "La Vida Celestial (Extraída del ciclo "El cuerno mágico del muchacho"), que es el último movimiento de la citada Sinfonía. Su tono desenfadado no exige creencias en el más allá. La fina ironía del poema, anima a vivir el Paraíso en este mundo. La filosofía de vivir la felicidad en el momento presente es expuesta con un tono poético que desencadena el esbozo de una sonrisa.

La hipótesis de los autores es que si vivimos nuestra existencia desde el presente las pérdidas se digieren mejor, porque nos liberamos del agobio del pasado y de la opresión del futuro

El apartado 5 no se describirá, ya que será el fruto de las conclusiones del taller y será presentado en la conferencia. Por eso sólo contiene el último fragmento de la poesía.

1.- Disfrutemos de la vida

*"Disfrutemos de las alegrías celestiales
Y por ello olvidamos lo terrenal
¡Ningún tumulto mundano
se oye en el cielo!
Todo vive la más apacible tranquilidad."*

Comenzamos con un calentamiento inespecífico. Paseamos buscando "nuestro lugar" en el espacio. Esta forma de iniciar un grupo prepara a los asistentes para la acción. Para ello se familiarizan con el espacio y descubren los lugares más cercanos a ellos.

Cuando han encontrado un sitio determinado se sugiere que se recuesten, ya que ese va a ser el lugar de nacimiento. Poco a poco adoptan la postura fetal, desde ella recuerdan sensaciones de plenitud ó vacío, que se acompañan cuando uno se encuentra dentro del cuerpo de la madre. El nacimiento ocurre tras un cálido masaje por el canal del parto. Tras el estiramiento, que implica el nacimiento a la vida, se comienza el gateo exploratorio. Se inducen imágenes de encuentro con "el niño" (comienza el disfrutar).

Se "crece" hasta la adolescencia (encuentro con el otro), aquí comienza la danza de encuentros.

2.- Escuchemos el cuerpo

*"Todo vive la más apacible tranquilidad.
Llevamos -tina vida angélica,
Lo que no impide que nos divirtamos.
Danzamos y saltamos,
Brincamos y cantamos.
San Pedro desde el cielo nos observa"*

Borrachera de sensaciones (juegos corporales: la botella, acunamos, quiero ser el primero, rodillo u otros).

También el cuerpo se expresa con el baile, acercamiento separación. Ritmo, movimiento, elección de pareja.

Encuentros y pérdidas que se deben arrastrar y que jalonan nuestro desarrollo.

3.- ¿Qué pasa con nuestro átomo cuando los electrones se caen?

*"San Juan deja libres a los corderitos,
y el sanguinario Herodes no les quita el
ojo de encima.
Llevamos un manso corderito,
Inocente y paciente,
A un amable corderito a la muerte.
San Lucas sacrifica un buey
Sin pararse a pensarlo.
El vino no cuesta un céntimo
En las bodegas celestiales,
Los angelitos cuecen el pan."*

Relajación induciendo el placer de las sensaciones del cuerpo que acabamos de experimentar, para pasar a un viaje hacia el futuro hasta llegar a la vejez. En psicodrama el tiempo es imaginario, de ahí que el viaje se realiza a lo largo de toda la vida, por eso transitamos hacia su fin ¿Qué edad tienes? ¿Quién estaba y ya no está? ¿Cuáles son tus "achaques"? ¿Qué limitaciones físicas padeces? etc.

Se puede "ayudar" a las limitaciones con diversos ejercicios que permitan sentir dichas pérdidas: Tapones en los oídos, ojos vendados, piernas o brazos inmovilizados, etc. Ahora ya pasé el momento de correr. Es tiempo de reflexión, de pausa. Es cuando se valoran los afectos por encima de otros intereses. La ambición y el trabajo por encima de todo son valores relativos, frente a una conversación con otros, el placer de una caricia ó contemplar la puesta de sol.

4.- Vivir hasta despedirse o como legar la felicidad

*"Buenas hortalizas de todas clases
crecen en el jardín celestial
buenos espárragos, judías
y todo cuanto deseamos.
¡Escudillas colmadas se nos ofrecen!
Buenas manzanas, ricas peras y uvas;
Los jardineros permiten todo.
¿Quieres corzos, quieres conejos?
¡Por los abiertos caminos
corren libremente!
Cuando se acerca un día de fiesta
¡Todos los peces saltan de alegría!
Y entonces corre San Pedro
Con redes y con cebos
Huía los viveros celestiales.
Santa Marta sed la cocinera."*

Cuando la vida se apura hasta las heces, el mosto resulta dulce y agradable. Vivir la vida hasta el fin es una experiencia que no todos saben encontrar el camino. Lo más común es negar el final, es vivir como si nunca fuéramos a morir. En el otro extremo está la presencia continua de la muerte, que es vivir como si hubiéramos muerto.

La senda de la vida camina por derroteros diferentes, para ampliar sus perspectivas son muy útiles dos tipos de intervención:

1- Técnica de las reminiscencias. Consiste en recordar los buenos momentos vividos. También traerlos a la mente mediante discos, olores, diapositivas, películas, comidas u otros iniciadores que recuerden épocas pasadas. No es sólo el recuerdo, también es útil la realización. Así por ejemplo bailar una música determinada, darse una colonia antes de visitar un lugar agradable, son momentos inolvidables que se pueden hacer la realidad ó en el imaginario de la escena. De estas experiencias se sale fortalecido y con la sensación de plenitud de quien ha vivido una vida plena que toca a su fin.

2- Recordando a mis abuelos (los que me enseñaron ternuras). El encuentro con los de nuestros progenitores que liberados del agobio de dirigimos se acercan a nuestro corazón siempre sobresale el lado tierno de quien valora lo fundamental en la vida, el afecto, sin apesadumbrarse por los secundario, la razón.

Cuando se ha tenido una vida plena, no hay temor a despedirse y legar lo mejor de uno a sus seres queridos. De esta manera la vida continua y se adquiere una serenidad frente al fin de la existencia, que permite disfrutar hasta el último segundo.

5- De la vivencia a la reflexión: conclusiones del taller

"Ninguna música terrenal
puede compararse a la nuestra.
Once mil vírgenes
Se disponen a danzar.
La propia Santa Úrsula se echa a reír.
¡Cecilia y sus compañeros
son los excelentes músicos de la corte!
Las voces angélicas
Animan los sentidos
de modo que todo despierta a la felicidad."

Expondremos las conclusiones del taller como epílogo de dicha comunicación.

Bibliografía

1. Beauvoir S. La Vejez, Edhasa, Barcelona, 1983 (P. 676) (Traducido de la V.O. por Aurora Bernardez)
2. Carstensen L. y Edelstein B. El envejecimiento - y sus trastornos, "Gerontología Clínica", Martínez Roca, Barcelona, 1989 (P. 200) (Traducido de la V.O. por Bébiana Lienas i Massot)
3. Castro A. La Tercera Edad tiempo de ocio y cultura-Proyecto y experiencia de Animación Cultural, "Narcea Sociocultural", Narcea S.A. Ediciones e Insero, Madrid, 1ª ed., 1990 (P. 143)
4. Espina Barrio J.A. Grupos específicos y Psicodrama, II Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama, "Aspectos Técnicos y Factores de Cambio", Informaciones Psiquiátricas, N° 115, 1º Trimestre, 1989 (Pp. 35-48)
5. Espina Barrio J.A. Psicodrama: Origen y Desarrollo, Salamanca, Amarú, 1995 (P.214)
6. Espina Barrio J.A. y Arbeloa Antoñanzas J. "Psicodrama y Sociometría en la Tercera Edad" 1º Congreso Iberoamericano de Psicodrama., 27 Febrero al 2 de Marzo, (Pp. 327-336), Instituto de Estudios de Iberoamérica y Portugal, Universidad de Salamanca, Salamanca, 1997. (P. 846)
7. Parreño J. Tercera Edad Sana, "Colecc. Rehabilitación". 2ª ed., Ministerio AA.AA., Madrid, 1990 (P. 483)
8. Seby P. y Griffiths A. Guía para un envejecimiento satisfactorio, Parthenon, Sandoz, Lancashire, 1986 (P. 208)
9. Vega J.L. Psicología de la Vejez, Varona, Salamanca, 1990 (P. 253)

8. ¿Qué ocurre en las familias tras un diagnóstico de esquizofrenia?

XVII Reunión Nacional de la AEP

Granada, 28 al 30 de septiembre de 2001

Pablo Jesús Gijón Herrera
Psicólogo Clínico

Este trabajo es el resultado de una experiencia grupal llevada a cabo durante tres años con familiares de enfermos mentales crónicos, dentro del programa de asistencia a familiares de la Asociación Granadina de Familiares de Enfermos Mentales (AGRAFEM).

Encuadre

La petición de esta Asociación fue en un primer momento el realizar un grupo de familiares de enfermos mentales de psicoeducación para la esquizofrenia. El grupo sería abierto y se llevaría a cabo en sesiones de dos horas cada 15 días. En el transcurso de las sesiones se hacía evidente que es imposible en ocasiones dar información sobre la esquizofrenia o sobre el manejo del familiar enfermo cuando los niveles de angustia desorganizan el grupo. Poco a poco se fue convirtiendo en un grupo de encuentro, donde el principal objetivo que tenían los participantes era la exploración y liberación de emociones. Han habido familiares que han asistido puntualmente a todas las sesiones durante estos tres años. Estas familias, probablemente las más necesitadas y las más beneficiadas, han sido el pilar sobre el que se ha estructurado este grupo "abierto". La mayoría de los asistentes eran progenitores con un hijo o varios que sufren de esquizofrenia. Había otras familias que asistían durante cierto tiempo y acudían de nuevo en momentos de crisis.

Las familias procedían de la asociación después de haber tenido un primer contacto con la trabajadora social y otras eran cofundadoras de la asociación que llevaban tiempo acudiendo a diversos talleres.

Al grupo no podían asistir los familiares enfermos, lo que daba una oportunidad al resto de los familiares para expresar libremente dudas y ambivalencia emocional.

El espacio geográfico estaba dentro de la sede. Una habitación, en otros momentos taller de manualidades, sala de reuniones; pero lo suficiente para llevar a cabo nuestra tarea, se trabaja sin mesa y en estructura circular.

El número de asistentes varía de 8 hasta 30, pero lo habitual era que nos encontrásemos de 12 a 15 personas.

Dentro de esta escasa estructuración respecto al encuadre, podríamos definir el grupo de la siguiente manera:

Un lugar y un espacio que daba la oportunidad de pararse a pensar, a sentirse acompañado, a liberar emociones, a manejar situaciones muy conflictivas con el familiar enfermo, y a aprender sobre la esquizofrenia.

Información sobre esquizofrenia.

Se les informa a los familiares desde una perspectiva psicoeducativa y basada en el modelo de vulnerabilidad (diátesis-estrés) sobre todo lo relativo a la esquizofrenia.

Esto comprende: síntomas positivos, síntomas negativos, medicación, legislación, pródromos, recursos sociales y sanitarios, historia de la enfermedad, etc.; información que se puede encontrar en cualquier libro-folleto informativo de los que han editado distintas asociaciones, laboratorios y organizaciones.

Desde esta perspectiva se invita a los familiares que consideren la esquizofrenia como una enfermedad física que requiere atención y cuidados de por vida, como por ejemplo la diabetes. Este enfoque libera angustia en los familiares pero nos encontramos ante la realidad de que sumado a una enfermedad física con cuidados, el familiar diagnosticado "ya no es el mismo". Después de cada brote, en muchas ocasiones "la enfermedad se ha llevado una parte de la personalidad" de ese familiar en otra persona aparentemente como los demás.

Hacer frente a la enfermedad.

NEGACIÓN: Es muy costoso elaborar una pérdida como la de tener un familiar con esquizofrenia. En este punto se mezcla la falta de información junto con la negación. Las dos cosas ocurren, al mismo tiempo. La negación produce tal bloqueo que impide la entrada de inputs con nueva información respecto a la enfermedad. Esto ocurre de manera tan importante que hasta que no se liberan determinadas emociones que paralizan el procesamiento de información, no se puede trabajar con realidades. Aparecen fantasmas o ideas irracionales, que con la simple aportación de información, no se desbloquea.

Las respuestas emocionales comunes:

Angustia y miedo con respecto a la causa o significado de los comportamientos y al futuro del enfermo. Presenciar cómo un ser querido empieza a comportarse de manera extraña e inexplicable constituye una experiencia increíblemente perturbadora.

Culpa y rabia son las emociones que más perduran y las que están más implicadas en la negación. Ante una realidad tan devastadora es necesario un proceso de tristeza y duelo. Mientras éste llega aparecen fantasmas frecuentes en casi todas las familias en su intento de comprender por qué razón ha surgido la esquizofrenia en el seno de su hogar. Fantasmas cargados de rabia que van de uno mismo al exterior. La necesidad de buscar un único y responsable malvado de la situación que se vive. Esta búsqueda conlleva emociones y cogniciones como:

- Ira hacia el sistema (los culpables son los sanitarios); "Los recursos sanitarios no aciertan con el diagnóstico" o "no hacen lo suficiente por mi hijo" esto no quiere decir que no estemos con ellos a la hora de reivindicar una mejor asistencia para estos enfermos y para las familias.
- Rabia hacia uno mismo. "No hago lo suficiente por mi hijo", esto lleva a un peregrinaje por distintos centros sanitarios y ciudades hasta que vuelven derrotados y abatidos de nuevo al grupo. Éste respeta este proceso de aceptación y duelo. Llegar con la cabeza gacha y buscando consuelo es un momento especial en el que los familiares que llevan tiempo acogen y contienen a los nuevos con frases como "bienvenidos al club" o "todos hemos pasado por eso". Respetar el tiempo que necesita cada familia para asumir su realidad es muy importante.
- Algo externo a la familia es el culpable. Es habitual escuchar frases en las que responsabilizan una persona o situación que fueron contingentes a la aparición del primer brote. " Ese preparador de la oposición le exigía demasiado", "Los mandamos a la mili normal y nos lo devuelven hecho una piltrafa", "Esa novia que tenía lo maltrataba psicológicamente"
- Un miembro es el culpable. Otro movimiento posterior caracterizado por las culpas y los reproches de un cónyuge al otro en cuanto a la crianza. Una vez aclarada la importancia genética y biológica, empiezan de nuevo los reproches de la forma en que "tu familia está loca y lo traes en los genes?.. En ocasiones hay reproches de un cónyuge a otro por hechos del pasado, aunque no tengan relación con la enfermedad, que también es objeto de nuestra atención.
- Un proceso final es culpabilizar al paciente. Crean que el paciente podría dominar sus comportamientos (o curarse) con sólo esforzarse un poco más, o si no fuese perezoso o manipulador. A los miembros de la familia les resulta imposible dejar de encolerizarse ante conductas irreflexivas, inconvenientes o irritantes.

En definitiva: el malo es el sistema sanitario, nosotros, mi cónyuge, mi hijo enfermo. Buscando un malo. La labor del terapeuta y el grupo es ayudarles a asumir esta injusticia de la vida y elaborar el correspondiente duelo.

Deseos y expectativas que ya nunca se cumplirán. Estos sentimientos de tristeza y pena son especialmente agudos cuando los familiares comprenden por primera vez que el paciente nunca volverá a ser el mismo de antes.

Estigma social y vergüenza. Los enfermos mentales constituyen uno de los grupos más estigmatizados en nuestra sociedad. Debido al miedo, la ignorancia y la publicidad que los medios de comunicación dan a los pocos enfermos con conductas disociales.

Frustración. Cuando intentan ayudar por todos los medios posibles al familiar y mantener la vida familiar en condiciones estables y previsibles y obtienen escasos o nulos resultados. Esto forma más de negación y autoculpabilización por la enfermedad.

Aquí es importante la labor del terapeuta para darle la vuelta al asunto: emplear esa energía en buscar culpables en otras tareas que, tal vez, mejoren la situación del paciente y de ellos mismos. Desplazar el foco de buscar responsables hacia otro más realista como mantener una sana preocupación por ellos mismos, no sólo para su bien sino para bien del paciente.

Respuestas conductuales comunes.

- Recurrir a ruegos y halagos, y a la persuasión razonada: intentar convencer al paciente de la falsedad de sus ideas insólitas o sistemas de creencias, o bien persuadirlo, por medio de ruegos, halagos y paciencia de que se comporte de un modo más aceptable. Siguen tratando de persuadirlo y convencerlo hasta mucho tiempo después de haberse demostrado la ineficacia del método. La idea errónea subyacente es que el paciente controla su sintomatología.
- Buscar sentido a comunicaciones desatinadas: intentan discernir el significado de sus declaraciones extravagantes o carentes de sentido. Buscan el núcleo de un mensaje comunicativo o algún elemento de realidad en sus divagaciones o formulaciones absurdas. Es una tarea agotadora que, con el tiempo, puede hacer que otros miembros de la familia se habitúen a comunicarse de manera insólita.
- Hacer caso omiso de la conducta del paciente: Cuando los comportamientos del enfermo no exigen una respuesta, sus familiares tratan de resolver la situación

haciendo caso omiso de ellos, con la esperanza de que algún día desaparezcan. Incluso esperan que algún día "pierda esas costumbres". Cerrar los ojos al problema.

- Asumir responsabilidades adicionales: A medida que aumenta la disfunción de los pacientes los familiares asumen sus tareas y papeles en grado creciente para protegerlo. Los familiares no podrán soportar estas cargas adicionales por tiempo indefinido y reducen la autonomía del paciente.
- Vigilar constantemente al enfermo: hipervigilar al enfermo debido al miedo y la angustia. Existe un fuerte sentido de imprevisibilidad, la supervisión constante protege hasta cierto punto al enfermo y a la vez proporciona a la familia sensación de control. Pero esta hipervigilancia, la mayoría de las familias no pueden mantenerla y el mecanismo se derrumba.
- Reducir actividades propias para cuidar del paciente y prestarle apoyo: organizan el tiempo libre y las tareas domésticas de modo tal que puedan brindar el máximo apoyo y cuidado al ser querido que presenta el problema.
- Hacer caso omiso de los otros miembros de la familia. No hay tiempo ni energía suficiente para ocuparse de otros miembros de la familia. Esto hace que otros miembros se sientan abandonados o descuidados con el consiguiente deterioro de las relaciones.

Manejando la esquizofrenia

La perspectiva desde la que se contempla este trabajo, olvida la hipótesis de familias esquizofrenógenas y parte de la hipótesis de que la familia puede influir positivamente sobre el curso de la enfermedad del paciente.

La premisa de trabajo: si podemos mantener a los pacientes con una medicación adecuada y sin estimulación excesiva durante el período de máxima vulnerabilidad (que abarca de los doce a dieciocho meses inmediatamente posteriores al episodio), tal vez podamos evitar, igualmente, la recurrencia plena de los síntomas psicóticos manifiestos, lo que dejará a los pacientes más, tiempo y energías para acrecentar y mejorar sus habilidades de resolución de problemas y hallar el modo de protegerse a sí mismos.

Damos una información realista de esperanza de mejoría: algunos podrán presentar un aspecto "normal", otros problemas de vez en cuando aunque funcionen relativamente bien. Pocos vivirán en estado permanente de crisis y pocos se recuperaran completamente.

Se hace especial énfasis en:

- mantener un ambiente tranquilo pero no indulgente en los meses inmediatamente posteriores a un episodio agudo
- la meta primordial al año del primer episodio es evitar una nueva recaída u hospitalización y conseguir que el paciente asuma gradualmente sus papeles básicos dentro de la familia
- la meta para el segundo año es el proceso gradual de iniciación o reanudación del trabajo, los estudios y el funcionamiento social

Implicándose en el curso de la enfermedad

1. Deseos y expectativas

La modificación o reducción de las expectativas puestas en los pacientes permite que las familias se sientan menos sorprendidas o "decepcionadas" por los inevitables comportamientos de aquellos

En el caso de aquellas familias que atraviesan por la experiencia de un primer episodio psicótico, les señalamos que la brevedad de la hospitalización no significa que el paciente padezca una enfermedad no muy grave. Les sugerimos que sería útil que actuaran como si este paciente sufriese una gravísima enfermedad física que requiriese un largo proceso de recuperación. La estabilidad inicial de los síntomas psicóticos del paciente va seguida, por lo general, de un periodo de inactividad, falta de motivación y sueño escaso incluso si no experimentan síntomas negativos tienden a manifestar una energía inquieta y una escasa capacidad para llevar a cabo de manera efectiva cualquier tarea, aunque sea pequeña de ahí que resulte previsible la necesidad temporal de más reposo, sueño y retraimiento, así como de una actividad limitada. Es importante insistir en el curso de la enfermedad ya que algunos familiares se sienten inclinados a suponer que cuando disminuyen los síntomas manifiestos los pacientes están sanos pero son perezosos. Esta pereza aparente sólo representa una nueva etapa de la enfermedad aquí

no importa tanto que estos síntomas sean efectivamente adaptativos o no sino el hecho de que son previsible y es difícil reducirlos. El terapeuta dará apoyo y ayudará a discernir específicamente los síntomas de la enfermedad diferenciándolos de posibles fingimientos. Es muy importante cambiar el esquema cognitivo hacia un "patrón interno de comparación". Cuando el paciente empieza a recuperarse de un episodio agudo, pero alienta a comparar la conducta actual del enfermo con la de un mes atrás. Hay que aprender a valorar cada paso que se dé y a medir los éxitos con este "patrón interno de comparación". Para desbloquear los deseos previos de los padres, hay que hablar de las fantasías que aún tienen respecto al familiar enfermo. Es decir preguntar directamente cuál era la imagen que tenían de su hijo o familiar y compararla con la realidad, imaginarse a su hijo en el área afectiva, laboral y social. Esto conlleva tristeza y dolor, pero ayuda a empezar desde un punto cero en el que cada paso se valorará como un éxito.

2. Crear barreras a la estimulación excesiva

Ayudamos a que las familias comprendan en que pueden influir sobre el curso de la esquizofrenia y aprenden a regular el nivel de estrés dentro del hogar, la menor tolerancia del estrés evidenciada por los pacientes incluye una menor tolerancia a las relaciones interpersonales estresantes, comunes en la vida familiar, hay que moderar la cantidad de afecto y conflictos intensos dentro de la familia. A los pacientes esquizofrénicos les resulta difícil sobrellevar los conflictos, las interacciones simultáneas y múltiples, las estructuras de poder confusas y las fronteras generacionales o interpersonales difusas. En consecuencia, la disminución de estrés entraña una reducción de la emocionalidad e intensidad de la vida familiar. Podemos clasificar las conductas menos beneficiosas en tres categorías:

1. Conflictos y críticas entre los miembros de la familia en general y en particular, hacia el paciente.
2. Involucración extremada con el paciente (ya sea positiva o negativa).
3. Menor involucración con la red social de cada miembro de la familia, o con otros apoyos o gratificaciones potenciales que estén más allá de la familia nuclear.

Por lo tanto, formulamos una serie de sugerencias para ayudar a los familiares a limitar aquellas interacciones que puedan constituir estimulaciones excesivas para los pacientes esquizofrénicos. Deben regular los tonos altos y bajos de su interacción familiar creando así una actitud de "indiferencia benigna", en otras palabras les aconsejamos que reduzcan al mínimo los elementos negativos (sermoneos, rechazo, peleas y conflictos) y positivos (preocupación, aliento y entusiasmo excesivo). El propósito es crear distancia sin rechazar al paciente.

Que dejen aislarse a los pacientes cuando aparentemente lo necesiten y aprendan a reconocer las conductas que señalan su necesidad de "tomarse un recreo" y apartarse de la interacción o actividad. Dejarles tener un cuarto privado en un sector tranquilo de la casa, permitirle cenar aparte del resto de la familia, avisarles de antemano si vendrán visitas, etc. Aconsejamos a los familiares que les ofrezcan la oportunidad de participar en actividades, pero acepten su negativa a hacerlo y parecen incapaces de participar o necesitan estar solos.

3. Fijar límites

Indicamos a las familias que no deben confundir la necesidad de una estimulación moderada con la indulgencia. El hecho de que los pacientes estén enfermos no significa que sus familiares puedan o deban hacer todo cuanto ellos le pidan, los límites pueden ayudar a mantener un ambiente hogareño tranquilo y previsible, y que se puedan fijar y aumentar la estimulación o los conflictos, les hacemos comprender que los límites externos tranquilizan a aquellos pacientes que se sienten abrumados por su propio caos mental; además, son un elemento crucial de su preparación para vivir en el mundo real, que mostrará menos tolerancia hacia las conductas extravagantes o sintomáticas, insistimos en que es primordial mantener un nivel llevadero de estrés. Nunca conviene permitir que los pacientes practiquen rituales insólitos o conductas extrañas e irritantes y con ello perturban indebidamente a otros miembros de la familia. Deben decidir con anticipación las condiciones o reglas mínimas que será preciso establecer para que el paciente viva con los familiares, deben procurar separar las conductas simplemente irritantes de las intolerables.

Otro factor positivo es que fijen los límites con claridad sin discutirlos en detalle. Lo mejor es evitar las discusiones sobre el fundamento de los límites.

Que formulen el pedido específicamente: que procuren no exigir al paciente que siga orientaciones generales o varias sugerencias simultáneas, no decir ayuda un poco más, sino pon la mesa.

A veces es conveniente realizar una lista de tareas específicas, hay que fijar los límites antes de que la tensión aumente; la ira excesiva es mucho peor que la fijación de límites para destruir un ambiente tranquilo.

No deben guiarse por la edad cronológica del paciente.

Evitar ante todo las amenazas. Antes de fijar cualquier límite, los miembros de la familia deberían preguntarse: ¿puedo mantenerlo pase lo que pase?. Nunca deben fijar un límite, ni definir las consecuencias que acarreas su infracción, sino están dispuestos a insistir en su acatamiento.

Deben tener en cuenta que el paciente pondrá a prueba los límites que le fijen, establecer un control razonable lleva cierto tiempo, especialmente si esas conductas son de hace mucho tiempo, hay que darle un tiempo antes de decidir si sirve o no.

Si el objetivo primordial de los límites es satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia tienen que admitirlo. No tratar de convencer al paciente de que todo lo que se dice o hacen en el seno de la familia, especialmente en materia de límites, es exclusivamente para su bien. Es importante considerar las necesidades de otros miembros de la familia. El paciente debe aprender a aceptar el hecho de que él y sus necesidades no pueden ser el centro constante de la vida familiar.

Insistimos particularmente en que se fijen límites a las conductas psicóticas, violentas o extravagantes, no solo porque son las más perturbadoras, sino porque son las menos aceptadas por la sociedad. La única excepción, en cuanto a la restinción de estos tipos de conducta son los delirios paranoides, ya que tienden a agitarse más y puede empezar a creer que determinados miembros de su familia están involucrados en los supuestos complots

tramados contra él. No han de responder a la formulación del paciente sino, más bien, a la angustia subyacente. Se realiza un ejercicio de puesta en escena de la situación en la que un miembro del grupo hace de paciente y el otro ha de responder a sus delirios. Por ejemplo: Entiendo que debe ser muy duro que todo el barrio esté persiguiéndote, comprendo que debe ser muy angustioso, yo todavía no le veo mucho sentido.

4. Conductas agresivas

Este punto requiere mucha energía del grupo. Precisamente es una de las cuestiones que más se trabajan, ya que acuden muchas familias preocupadas por miedo a ser agredidos o que el paciente se agreda a sí mismo.

Es importante señalar que nunca se debe alentar a las familias a hacer caso omiso de conductas violentas o psicóticas. Hay que tenerlas muy en cuenta aunque sean muestras de manipulación constante del paciente, y lo sepamos. Aseguramos a las familias que la violencia no es muy frecuente entre los pacientes esquizofrénicos. Rara vez se logra serenar los ánimos mediante una discusión racional, porque los actos de violencia pueden ser provocados por alucinaciones o ideas delirantes. A las familias que han tenido experiencias violentas les pedimos que repasen los hechos que las precedieron y procuren identificar los precipitantes, en aquellos casos en que es posible identificar conductas y precipitantes se puede trazar un plan de emergencia mucho antes de que estalle una crisis, por ejemplo, que se retire a su habitación, o que otro miembro de la familia se vaya. Si el paciente responde a la influencia del terapeuta, se aconseja a la familia que lo llame. Si es imposible evitar las conductas extremas por medio de las técnicas expuestas, la familia deberá ser auxiliada cuanto antes (que recurra a la policía si percibe la posibilidad de un daño inmediato), cuando existe un potencial de violencia repentina o no provocada (demostrado por los antecedentes), pedimos a los familiares que tomen medidas de precaución, deshacerse de armas, el suicidio es un riesgo genuino en estos pacientes. Aunque las conductas o expresiones verbales suicidas son aterradoras, probablemente obtendrán mejores resultados con una respuesta serena y no con reacciones intensas que podrían provocar un gesto impulsivo.

5. Mantener las comunicaciones en un nivel simple

La claridad y sencillez de los mensajes enviados es importantes. Pedimos a los familiares que mantengan sus comunicaciones en un nivel simple, con una cantidad apropiada de detalles y un grado de especificidad moderado.

Potenciamos particularmente tres habilidades:

- 1 Capacidad de aceptar las declaraciones ajenas y responsabilizarse por las comunicaciones propias. En toda familia existe cierto grado de lectura del pensamiento, enseñamos a no presumir que conocen los deseos o requerimiento ajenos, así como aceptar y respetar las opiniones ajenas aunque discrepen con ellas. Ayudamos a que aprendan a esperar la respuesta del paciente y a respetar su capacidad de participar en la conversación.
2. Capacidad de mantener las comunicaciones en un nivel de especificidad moderado, evitando el exceso de detalles o ideas abstractas, cuando hay una crisis familiar es inapropiado discutir cuestiones que encierran una gran carga afectiva y que rara vez se resuelven. Hay temas perturbadores a evitar: El sentido de la vida, la sexualidad, la religión, o la política, ya que promueven el apasionamiento. Hablar sobre detalles y discusiones minuciosas (estilo obsesivo) tienden a producir un efecto estimulador y desconcertante entre los pacientes esquizofrénicos.
3. Capacidad de expresar y recalcar los mensajes positivos y comentarios de apoyo. Los familiares se vuelven cada vez más sensibles a las dificultades del paciente o a los problemas familiares. Centrar la atención y la comunicación en aspecto positivos, reforzando los logros, de manera adecuada, pero no excesiva.

6. Dos aspectos fundamentales: apoyar el regimen de medicación del paciente, identificación de los pródromos

9. Psicodrama con enfermos psicóticos.

XVII Reunión Nacional de la AEP

Granada, 28 al 30 de septiembre de 2001

Pablo Álvarez Valcarce y Montse García

El proyecto de Psicodrama con Psicóticos se comenzó a realizar en el contexto de Servicios Sociales Municipales del Ayuntamiento de Pozuelo de Alarcón, en el mes de enero del presente año, con una población ya conocida por los profesionales del Centro ya que acudían más o menos periódicamente demandando algún tipo de prestación social.

La condición que se había puesto para la selección de los miembros del grupo era que estuvieran en tratamiento en el centro de salud mental de la zona y tomándose la medicación prescrita. La primera dificultad que nos encontramos fue la reticencia por parte de algunos psiquiatras a que sus pacientes participaran en las sesiones de psicodrama, llegando a decir que había un riesgo importante de brote psicótico.

En total participaron un total de nueve pacientes, la mayoría de ellos habían realizado el año anterior un curso de habilidades sociales donde se había trabajado temas relacionados con la asertividad, la autoestima y el entremamamiento en gestiones cotidianas como hacer la compra, coger el autobús, etc...

Las sesiones tienen tres etapas según el psicodrama clásico. Caldeamiento, dramatización y recogida. La etapa de caldeamiento inespecífico donde se realizaban ejercicios de imitación de gestos, pantomima e improvisación. Se procuraba hacer hincapié en el trabajo de parejas. Posteriormente en esta etapa de caldeamiento se empieza a utilizar música con el fin de que comiencen a sentir el propio cuerpo y a interactuar con los demás, buscando espacios y compartiendo ritmos. En el caldeamiento específico se utilizan roles estandarizados y se les pide que asuman estos papeles y se relacionen

improvisando según su propia espontaneidad. En sesiones más avanzadas se utiliza el caldeamiento verbal, hablando de cómo han pasado la semana o retomando alguna tarea sencilla que se ha encomendado la sesión anterior, de tal forma que han salido emergentes con los que trabajar, en este sentido se han trabajado temas como la autocrítica, la culpa, la manía, la discapacidad, la aceptación de los otros, aunque nos consta que se han quedado sin trabajar temas importantes como la sexualidad y la violencia.

En la etapa de la escenificación se ha realizado desde el principio una evaluación de los roles que se han fugado teniendo en cuenta la originalidad, la creatividad, la cualidad dramática y la adecuación al contexto.

En la etapa de recogida es mejor esperar otro tipo de escenas más simbólicas antes de afrontar el eros y el tánatos. La esquizofrenia es una excisión del yo, el núcleo del cuerpo. Hay una excisión entre lo que se siente, se percibe y se piensa.

Otro de los temas recurrentes que se comentan en la etapa de recogida es la fantasía, lo que no ha llegado es mejor que lo que está presente. En el curso han salido muchas escenas acerca de lo fantástico como el lugar donde se cumplen todos los deseos y donde las ilusiones permanecen. Cuanta más fantasía más desilusión. Es importante tener en cuenta que el enfermo psicótico ha realizado un falso "yo" para ser aceptado y que en aquellos pacientes que viven en sus casas con sus familias permanecen algunos falsos roles para no desequilibrar el sistema familiar. La habilidad del terapeuta que trabaja con psicóticos es la

10. Acompañamiento psicodramático de las crisis como proceso terapéutico en los pacientes psicóticos

XVII Reunión Nacional de la AEP
Granada, 28 al 30 de septiembre de 2001

Pablo Álvarez Valcarce
Médico Psiquiatra. Director del Grupo de estudios de psicodrama de Madrid

lectura de las escenas, siempre está la misma escena latente, siempre aparece la pretensión de los padres de que sus hijos brillen y el enfermo psicótico ha crecido en un ambiente de confusión y dobles mensajes: "No me gusta como eres, porque me recuerdas a mí mismo, se otra persona (otro yo) para que por fin pueda yo brillar".

Se dedicaron varias sesiones a ejercicios clásicos del psicodrama, como la tienda mágica o el taller de máscaras, también se realizó un mural donde ellos pintaron con pintura de dedos, el castillo de las sorpresas, etc... La tienda mágica se realizó en dos ocasiones una al principio en la tercera sesión y otra al final. Vemos una clara evolución con respecto a las cosas que ellos piden, al principio no hay una idea demasiada clara de lo que necesitan en realidad, y están muy anclados en su mundo irreal, después se mestran mucho más autocríticos pidiendo "energía para afrontar las cosas, orden y al desprenderse de aspectos que no les gustan de ellos mismos lo hacen de su pasividad o de su inseguridad. En el taller de máscaras, se hizo una lectura desde los roles psicodramáticos, la mayoría de ellos tienen una patología en el rol ingeridor, necesitan descargar sus contenidos, sin interesarles el mundo solamente su propia alimentación por parte de los demás.

En total se realizaron 21 sesiones de dos horas cada una, en la evaluación que se hizo conjunta comentaron que habían ganado actitudes y aptitudes que antes no tenían, capacidad para participar, identidad con respecto a las propias familias, y para autoafirmarse, así como recursos personales para tratar con los demás.

Hay algunas pocas cosas claras en el tratamiento Psicodramático de los pacientes psicóticos, que ya le llamaron la atención a Moreno en su clínica de Beacon. La importancia de insertar al paciente en una nueva red vincular, la utilización de los psicofármacos con un criterio de caldeoamiento químico, la importancia de que el paciente llegue a entender el significado latente de sus contenidos delirantes y alucinatorios, para lo cual Moreno recomendaba dramatizar el brote lo antes posible con todos sus antecedentes e implicaciones socio-métricas, la utilización de técnicas de choque psicodramático, el tratamiento de la familia, etc. Moreno sistematizo este proceso a través de los conceptos de Realización simbólica y Sustitución.

Cuando tomamos en tratamiento a un paciente psicótico tratamos de combinar encuadres de psicodrama individual, grupal y familiar a fin de lograr un objetivo discreto: que la persona logre que su estructura psicótica (sistema límbico disfuncional), permanezca silente, sin síntomas primarios confusionales entre el pensar, percibir y sentir, con ausencia de síntomas positivos ni negativos, con una necesidad de dosis mínimas de medicación, recupere el sentido de proyecto en su vida y sea de nuevo capaz de trabajar para ganarse la vida de forma independiente y capaz de establecer relaciones amorosas con otros.

En este difícil proceso donde tan fácil es fracasar, hay dos elementos que tienen gran importancia:

El acompañamiento y la disponibilidad general del terapeuta que establecerá un vínculo como doble y espejo, y el valor de cambio de las crisis si estas son acompañadas psicodramáticamente. Estas crisis pueden ser previstas cuando el sujeto recurre a la exacerbación de sus últimas defensas obsesivas antes de brotarse. Es entonces cuando es muy importante trabajar psicodramáticamente los elementos simbólicos presentes tanto en los contenidos delirantes intrapsíquicos como en las tensiones de las redes sociométricas del encuadre grupal y familiar. Si así se hace aunque no pueda evitarse la crisis, el brote tiende a responder antes a los neurolépticos, y sobre todo tiende a ser entendido cada vez mas por el paciente como algo que el ha necesitado crear en ese momento para dar salida a tensiones que ya conoce en el escenario psicodramático, y no como algo proveniente de fuera.

En nuestra experiencia, aquellos pacientes que tras varios años de tratamiento y debido al carácter menos maligno de su trastorno, logran tener una crisis de duración breve (días) que al ser inmediatamente reproducida en el escenario psicodramático, les lleva a la comprensión simbólica de los contenidos latentes de las ideas delirantes, logran dar un paso de gigante en su proceso terapéutico, que les previene de nuevas recaídas. Es así como pueden vivenciar claramente su posicionamiento regresivo ante la invasión masiva del Yo por parte de las ansiedades mas primitivas de fusión, devoración, caída, desmembramiento, petrificación, etc., y los intentos de compensación narcisístico grandiosos, así como su tendencia a actuar y hacerse cargo de las proyecciones masivas de la red de corriente psicológica influyente que efectúa el rechazo sociométrico. En ese momento del proceso, importa mucho la reestructuración del sistema familiar alrededor de los fenómenos de grandiosidad e idealización propios de la proyección narcisista masiva, así como la creación de roles reconstitutivos nuevos en el encuadre grupal.

Así pues, las crisis pueden servir para oscurecer o para aclarar, para regresar o evolucionar, según sea el acompañamiento Psicodramático que se les dé, dentro de la situación vincular. Parece que lo difícil sería lograr que todos los elementos delirantes de la crisis psicótica, puedan ser traducidos psicodramáticamente a tensiones y ansiedades vinculares

concretas referentes a las etapas de doble y espejo.

Las técnicas psicodramáticas de gran movilización corporal son muy útiles, pero debe tenerse en cuenta que con facilidad pueden inducir crisis en los pacientes, por lo que en caso de utilizarlas, el terapeuta debe estar preparado y orientado para aprovechar la crisis en dirección al cambio. También en Sociodrama Familiar pueden utilizarse técnicas que ayudan a provocar una crisis en la estructuración sociométrica, siendo necesaria una cuidadosa evaluación de la conveniencia y de la capacidad del sistema para ir transformando en objetiva la anterior estructuración sociométrica oficial.

Por otra parte, dentro del espectro de las esquizofrenias y otras psicosis, lo mismo que ocurre con algunos trastornos psicósomáticos, existen algunos cuadros y pacientes concretos en los que se observa una especie de acomodación defensiva en el trastorno que al paciente le parece preferible al sufrimiento inevitable y a los riesgos de desestructuración propios de toda crisis. En estos pacientes, tendríamos que refrenar nuestro "furor curandis", y aceptar su cronicidad como mal menor sin atrevernos a trabajar con las crisis como motor de cambio. Aquí el psicodrama tendría una función mas de ayudar al desarrollo psicosocial y minimizar los síntomas negativos.

11. El poder en el terapeuta

XVII Reunión Nacional de la AEP

Granada, 28 al 30 de Septiembre 2001

Pablo Población Knappe, M.D.
Director del I.T.G.P.

Resumen

El autor esta investigando sobre el tema del poder en el ámbito de la psicoterapia. En este trabajo se trata de señalar los diferentes modos de utilización del poder desde el rol de terapeuta.

Tras una visión general de estas posiciones en las psicoterapias, con ejemplos en algunos modelos se aborda lo mismo en el ámbito concreto del quehacer del psicodramatista, desde distintas perspectivas, como el psicodrama bipersonal y grupal, la posición del líder en un grupo, en una institución ó en su vida privada, etc.

Palabras clave.

- Poder
- Relación de poder
- Poder en el terapeuta
- Psicodrama y poder.

Los signos del poder en el terapeuta.

Hace años que me interesa el tema del poder en la comprensión de los fenómenos interrelacionales de los primates y, muy especialmente, del ser humano. Hace un par de años comencé a escribir sobre ello, pero no he publicado más que una primera comunicación: "La antinomia amor- poder" que presenté en el XV Encuentro de la A.E.P., realizado en Barcelona en 1999 y que traigo a este Congreso corregida y aumentada.

Para un encuentro con los conceptos que manejo en estas áreas remito a ese trabajo, que servirá para comprender mejor las posiciones en que me defino al tratar del poder en el terapeuta, tema de esta comunicación.

Con demasiada poca frecuencia hablamos directamente de nuestros fallos, entre otros motivos porque acertar ó fracasar lo relacionamos con el manejo del poder. Lo hacemos sin querer, indirectamente al transmitir con complacencia nuestros exitos; pecado de soberbia que sustenta, entre otras actitudes, la posición de poder.

En el plano anécdotico he sufrido ultimamente verdaderos impactos cuando, con ocasión de impartir algún taller sea en una facultad de medicina sea en una de psicología, he sido testigo del "terror" (sic) de muchos alumnos al contacto personal y por otra parte a la convicción de que la relación profesional- paciente debía ser de poder, ordenando, mandando, exigiendo, el profesional una conducta obediente y sumisa del paciente ó cliente. Pero este hecho evidente es negado, justificado y racionalizado. Parece que nombrar el poder es tabú.

De hecho cuando un autor como Adler crea un modelo basado en gran parte sobre este tema se le procuró marginar, criticar y en último término descalificar sus tesis.

Se ha hablado, en el caso de Freud de que su rechazo de las tesis adlerianas nació de que la admisión del problema del poder rompía la armonía de una creación basada en las fuerzas instintivas denominadas eros y tánatos. Yo pienso que el problema es más profundo, el psicoanálisis original y muchas de sus escuelas continuadoras más ó menos ortodoxas nacieron de una muy evidente posición de ejercicio de poder. Quién no estaba con Freud y admitía sus postulados de un modo absoluto, estaba contra él y quedaba expulsado. Sin duda era un

problema de Freud que se constituyó en un bien y un apoyo para la continuidad y la expansión del psicoanálisis, haya sido esto provechoso ó no para la comprensión de los conflictos humanos y su tratamiento psicológico. Admitir el mundo del poder era muy difícil si no imposible para una personalidad imbuida del poder, no olvidemos la denominación de neurosis no transferenciales que utiliza Freud para cuadros como la paranoia, paradigma de la patología del poder. Parece que le era imposible ó muy difícil una comprensión, no accedía al cambio de roles emocional con pacientes que le eran un espejo en este sentido. Muy pronto el psicoanálisis se constituye en una secta, con todos los componentes que describí hace tiempo que caracterizan a los grupos organizados sectariamente: un creador-padre, unos acolitos, unas verdades incontrovertibles, nunca sometidas a la petición de Popper de una falsación, un lenguaje críptico y unos seguidores ciegos. Desde la posición de este encuadre rígido se puede estudiar el poder racionalmente, en cuadros extremadamente patológicos, hasta cierto punto entendiéndolos, pero sin una comprensión "transferencial" ó, aún mejor, sin posibilidad de cambio de roles. Esta comprensión habría ampliado notablemente el campo de estudio del hombre pero, probablemente habría hecho deshacerse todo el engranaje sectario, se habría ganado comprensión, apertura y espontaneidad pero se habría perdido un poder que daba seguridad, dominio y dinero.

Parece que después de la marginación de Adler pocos autores se arriesgaron a investigar el campo del poder ¿Por temor al poder que los podría también descalificar? Y aunque surgen heterodoxias se mueven en general desde la aceptación de los postulados básicos de la secta madre.

Por el contrario aparecen trabajos espléndidos sobre el poder en la literatura (Arrabal y el hombre pánico como contraposición al modelo reglado), en el ensayo (como Trillo) en el humor (Quino es un ejemplo excelente), por nombrar algunos casos en diferentes áreas del pensamiento y la creación humana. Pero parecen ser incomprensibles desde el psicoanálisis como reconoce el propio Freud tratando de analizar a los personajes shakespearianos de Mackbeth. (citado por Trillo)

Moreno, en las Bases de la Psicoterapia, en la 3ª Conferencia¹ denuncia la posición de poder que se instaura ya desde las diversas posiciones físicas en el curso de una terapia de inspiración analítica ó de un psicoanálisis "...la relación de una persona superior versus otra subordinada", "la regla psicoanalítica según la cual la situación de análisis implica la existencia de alguien que es superior y otro subordinado", por elegir dos frases de este capítulo.

Pero muchos otros autores, incluso psicoanalistas, como veremos enseguida, denuncian el uso del poder dentro del psicoanálisis.

En un capítulo añadido a las últimas ediciones del libro de Haley, (que no es psicoanalista) "Las tácticas de Poder de Jesucristo"², titulado "El arte del psicoanálisis", este autor estudia con gran humor las tácticas de poder que manejan en su práctica terapéutica los psicoanalistas. Tomamos algunos párrafos:

"...El psicoanálisis, de acuerdo con el estudio del Potters, es un proceso psicológico dinámico que involucra a dos personas: un paciente y un psicoanalista. Durante este proceso, el paciente insiste en que el analista esté por encima, mientras intenta desesperadamente colocarlo por debajo, y por su parte, el analista insiste en que el paciente permanezca por debajo para ayudarlo a que aprenda a colocarse por encima. El objetivo de la relación es la separación amistosa del analista y el paciente.

Diseñado cuidadosamente, el encuadre psicoanalítico consigue que la posición superior del analista sea prácticamente invencible. En primer término, el paciente acude voluntariamente en busca de ayuda, aceptando así su posición inferior desde el comienzo del tratamiento. Además, refuerza esa posición al pagar dinero. En ocasiones, algunos analistas rompieron temerariamente la estructura de la situación no cobrando a sus pacientes. Al no recordarles con regularidad (en el día de pago) que debían hacer un sacrificio para mantener a su analista – obligándolos así a reconocer la posición superior de esté último aun antes de haber comenzado a hablar-, hicieron peligrar esta posición. En realidad, sorprende que un

1. Moreno, J.L., Las bases de la Psicoterapia, Edit. Paidós, B. Aires, 1967.

2. Haley, Las tácticas de poder de Jesucristo, Edt. Paidós, 1986

paciente que comienza desde posición tan precaria consiga alguna vez colocarse por encima, pero en discusiones privadas los analistas admitirán, y de hecho lo admiten mientras se tiran de los pelos, que los pacientes pueden ser extremadamente sagaces utilizando una gran variedad de ingeniosas jugadas que los obligan a ser muy hábiles para conservar su posición superior..."

Kernberg sí es psicoanalista y se ha interesado por los grupos paranoia-genéticos, en los que late y flota la lucha más despiadada y dolorosa por el poder. Con estos antecedentes no es extraño que publique un jugoso artículo donde estudia también las tácticas de poder, aunque no las denomine así, de los psicoanalistas, en este caso de los formadores respecto a los candidatos³. El autor habla de los métodos de aquellos para destruir la creatividad de los formandos, pero la lista de estos "métodos" nos recuerdan nuestras viejas y conocidas tácticas de poder: "Enlentecer el procesamiento de las solicitudes" pues "cuando más lento es el proceso de aceptación... evitarán... tener autonomía", "los escritos de Freud pueden ser bien utilizados para desalentar el interés de los candidatos a pensar por ellos mismos"; "transmitir claramente el mensaje de que el pensamiento crítico es bienvenido en tanto lleva a la confirmación del punto de vista de su líder dominante"; "reservar los asientos de las primeras filas en las reuniones profesionales a los docentes mayores"; "evitese estimular a los candidatos a poner una idea propia nueva y original por escrito"; "asegurarse de que algunos candidatos muy críticos ó rebeldes... sean amablemente detenidos ó estimulados a que renuncien"; provocar "un cierto grado de temor paranoide"; y así hasta treinta vías análogas. Con buen sentido habla Kernberg de destruir la creatividad; es un cúmulo de tácticas de poder, ejercidas desde una posición jerárquica de gran valor para el candidato, que "meten en vereda a estos", manteniéndolos en las exigencias de la ortodoxia y en el deber de la obediencia.

Tirando del hilo que me ofrecía Moreno me he deslizado a utilizar dos ejemplos centrados en

el psicoanálisis, pero con la seguridad de que el lector de estas páginas puede trasladar estas consideraciones a muchos otros modelos, incluido, por supuesto, el de algunos psicodramatistas.

Trataré ahora de poner sobre el tapete algunos aspectos generales, y trataré más allá sobre este tema, sin sentirme con derecho a tirar la primera piedra ni a librarme de recibirlas. Y puesto que el acento del congreso está en los signos procuraré señalar algunos de los signos que reflejan esas posiciones de poder. Signos verbales, es decir, el uso de la palabra como instrumento de poder; las posiciones sociométricas y sociodinámicas, como es el caso del sectarismo, de la adopción de roles tipo "gurú" y de las exigencias de un tratamiento "especial". Y los signos corporales, que nos lleva a la contemplación de las rigideces corporales y de las posiciones topológicas.

Y quizás algo más. En principio, insisto, lo contemplaré en líneas generales, prescindiendo del modelo terapéutico, luego buscaré ejemplos de cualquier modelo y, por fin, procuraré retratar los modos en que podemos caer en usar el poder los psicodramatistas.

El lenguaje

Antes de entrar a fondo en como la utilización de un léxico criptico, oscuro para el profano, tiene a mi modo de ver con una búsqueda de poder, quiero detenerme brevemente en la semántica implícita en la definición de la propia labor terapéutica.

Ya la utilización ¿inconsciente? del término curar para calificar una labor terapéutica significa establecer una diferencia de status, una posición superior, una vivencia íntima de ser más, más poderoso, que el paciente. Aunque más suaves, términos como ayudar, operar, asistir y otros sinónimos desprenden el mismo olor. Un olor a quirófano, a los orígenes de las terapias fundadas en modelos médicos.

Prefiero elegir, a cambio de esas palabras, la expresión "co-crear". Implica otra posición existencial: un encuentro entre dos seres humanos (aunque se comuniquen desde distintos roles funcionales) para crear, unidos, vida. Esta diferencia de roles no conlleva una posición de poder por parte del terapeuta sino, en todo caso de autoridad, concebida como

3. kernberg, Otto, "Treinta métodos para destruir la creatividad de los candidatos a psicoanalistas" *Int. J. Psycho-Anal* (1996), 77- 103.

Libro Anual de Psicoanálisis (1996) XII, 159

señala su etimología, de autor, creador, pero autoridad de ambos (ó varios si se trata de un grupo) implicados. Autoridad como capacidad de creación, compartida y estimulada circularmente.

Esto sólo se logra si el terapeuta deja de lado fantasías disimétricas y acepta al otro (los otros) como un igual ó iguales, es decir, valorando sus potenciales, su capacidad actual y potencial, le/ s respeta y confía en el/ ellos, etc...

Pero lo que considero más interesante a señalar es aquello del lenguaje como instrumento de poder en el ámbito de los modelos terapéuticos, en algunos más que en otros.

Muchos niños inventan ó crean ó se transmiten lenguajes especiales para hablar entre ellos sin que se enteren de sus mensajes los chicos de otros grupos ó los adultos de su entorno. Ya en la adolescencia surge una nueva historia y es que para pertenecer, para ser admitido y tener carnet de pertenencia en una "panda" ó en un ambito cultural concreto, cerrado, es preciso saber manejar y utilizar habitualmente los términos de la jerga compartida por ese colectivo, sus modismos, sus formulas, etc... Aquí no se trata de un lenguaje secreto pero comparte con lo que hacen los niños un común denominador, es la carga de poder que se dá al lenguaje, puesto que el que no lo domina queda marginado y supeditado a los demás.

Estos fenómenos infante juveniles anuncian la potencial carga de poder que se puede depositar en el lenguaje.

No me voy a detener en este uso de la palabra dentro del ambito de la política y del manejo de masas donde nos podríamos extender casi ad infinitum, ya que me quiero circunscribir al mundo de la terapia. Creo que aquí preciso un preámbulo para cimentar lo que diré a continuación. Veamos:

En el año 1974 presenté una comunicación⁴ con el titulo "Técnicas paracientíficas" en la cual estudiaba entre otros temas las posiciones sectarias, finalizando con un resumen de aquellos factores que a mí parecer constituían lo que definiría a una agrupación ó colectivo humano como secta.

Estas variables serian: 1- el fundador, creador ó iniciador, 2- el LIBRO, 3- el profesional, 4- la finalidad terapéutica (del cuerpo ó del alma), 5- las técnicas ó vias de actuación y 6- el sujeto participante.

Aún a costa de abusar de la autocita y dado que recurriré de nuevo a este material me permito reproducir lo descrito en aquel entonces para cada uno de los factores citados.

"...1- El fundador: creador ó iniciador de la técnica: tendría como posibles características el ser un innovador ó reformador, es decir, haber incidido en una situación dada, estereotipada, conserva cultural, y haber podido romper los moldes de lo aceptado hasta aquel momento. Tendría probablemente una gran carga carismática. Supondría una referencia constante en el devenir historico de sus seguidores y constante juez no presente en las disputas doctrinales dentro de la ortodoxia.

2- El libro. Contendría el mensaje ó la doctrina del fundador. Estaría escrito por este mismo ó como una recopilación histórica de sus palabras realizada por sus seguidores. Podría ser secreto- al alcance sólo de los iniciados- ó del dominio público. Su interpretación ortodoxa estaría en manos exclusivamente de los profesionales calificados. Sería el punto de referencia último cuando se tratara de valorar la ortodoxia de una intervención nueva.

3- El profesional. Sería el sujeto calificado para interpretar las palabras del fundador y para manejar ó dirigir la técnica. Exigiría la cualificación mediante una iniciación ó formación específicas. Supondría una diferencia en su calidad humana. Pertenece a una élite. Sería el interprete "oficial" del libro. Sería el intermediario entre el principio activo (Dios, ciencia ó poderes ocultos) y los demás mortales. Implicaría un cierto carisma y/o imagen de seguridad para el practicante. Llegaría a su situación mediante un don ó vocación especiales. Podría tener ácolitos ó alumnos.

4- Finalidad terapéutica. Todas estas técnicas buscarían la salud y/o la salvación (recordemos la etimología común de ambas palabras). Dicha salud podría ser física, psíquica y sobrenatural, abarcando una, dos de las posibilidades ó las tres. Dicha "salud" podría ser exclusivamente individual ó en relación con el bien de la colectividad.

4. IIª Symposium Nacional de la SEPTG, 1974, sin publicar

5- *Técnica (ó modo de acción). Maneja un lenguaje específico, con denominaciones propias y genuinas para los símbolos que utiliza. Su complejidad puede ser muy variable – hasta radicalmente criptico- pero con escasa oscilación dentro de cada modelo. Ritualización al menos en parte, (condicionado probablemente por el momento evolutivo de su intrahistoria). El ritual establecido se ajusta a unas pautas ortodoxas cuya modificación es tabú puesto que se correría el peligro de conducir a una separación sectaria (prohibición en lo formal no tan grave como en lo esencial, doctrinal).*

Es una vía para propiciar la consecución de la finalidad terapeutica expuesta en la doctrina. Persigue movilizar determinadas fuerzas naturales (propias del participante ó ajenas al mismo) ó sobrenaturales. Estas fuerzas que pretende movilizar tienen que ver de una forma más ó menos directa – a veces muy sutil- con arquetipos parentales. El medio para llegar a integrar atemporalmente dichas imágenes sigue una de dos vías: la provocación de una regresión, una cierta forma de “retorno al origen”, como paso para una renacimiento en una nueva forma de vida, o bien, advocación, sumisión ó fusión con expresiones externalizadas de dichas imágenes.

6- *Sujeto de la técnica. Puede tener una participación activa ó pasiva. Se precisaría una cierta actitud creencial en la obtención de los beneficios propuestos.*

Por descontado que no todas las sectas cumplen el requisito de presentar todas las variables propuestas como fundamentales: mucho menos las secundarias que incluye en cada apartado. Ni aun sabemos cuales de ellas son precisas para alcanzar un fin terapeutico. Estas y muchas más son las cuestiones que podemos plantearnos- que ya nos habremos planteado- desde ahora.”...

Muchos años más tarde, George Steiner, en un artículo titulado “Los mesías seculares”, escribe recientemente sobre estas mismas ideas. Habla de meta-religiones aunque termina inclinándose por el término “mitologías”, que en el sentido de cuerpo de doctrina ó de pensamiento social, psicológico, espiritual debe cumplir ciertas condiciones. Debe tener una pretensión de totalidad, tendrá una serie de textos canónicos, “un grupo de discípulos que estará en contacto con el maestro, con el genio

del fundador”. Surgirán heterodoxias odiadas y perseguidas por los ortodoxos. Un tercer criterio es “el desarrollo de un lenguaje propio, un idioma característico; describe el mundo en términos de ciertos gestos, rituales y símbolos esenciales.

Pienso que lo que describo en cada uno de estos puntos es significativo para la línea de este trabajo sobre el poder en las terapias, pero aquí me quiero centrar en las primeras frases de la descripción del apartado 5. “las vías de actuación”, donde me refiero a la existencia de un lenguaje de una complejidad que puede llegar a ser criptica y cuyo manejo y adecuado entendimiento, comprensión y significado esta limitado al acólito, al profesional señalado, formado y aceptado para ello.

Reflexiono sobre los componentes sectarios que infunden la dinámica interna y de relación con los pacientes y con el entorno general de algunos ¿Quizás todos? los modelos de comprensión psicológica del ser humano y del tratamiento de sus conflictos psíquicos y, concretamente, aquí, de la carga de poder del lenguaje que utiliza.

El ejemplo más primitivo en la historia de las terapias modernas es el caso del psicoanálisis. Es sólo un ejemplo entre otros.

Desde el primer momento Freud desarrolló un lenguaje específico, nuevo, para apoyar y explicar sus construcciones teoricas. Quizá se sintiera obligado por la necesidad de transmitir sus constructos metapsicológicos que, en cuanto nuevos y revolucionarios no les era válido ni suficiente la terminología psicológica entonces en uso. Aunque es cierto que siempre que pudo hacerlo, como con el término inconsciente, recurrió a lo ya existente. Pero poco a poco, tanto por su parte como por parte de sus colaboradores y continuadores la terminología se fue complejizando hasta un punto que ha llegado a ser realmente muy difícil de entender y comprender para el no iniciado. Lo curioso es que algunas expresiones podrían haber sido tomadas del lenguaje coloquial ó culto sin necesidad de la creación de un término nuevo, haciendolo más asequible al profano.

Se ha ido adviniendo poco a poco a un lenguaje criptico, oscuro, como de profundas vibraciones de lo oculto, hermano de Lovecraft, que solamente comparten con soltura los iniciados y cuyo manejo es avalado en su

adecuación, tras largos años de estudio, por acólitos mayores autorizados dentro del sistema. Algo recuerda los escritos de los alquimistas, que escribían voluntariamente de un modo incomprensible por considerar peligroso ¿para quién? la comprensión y utilización al vulgo de aquellos "profundos" conocimientos.

Pero no nos engañemos, este fenómeno no es exclusivo de un modelo terapéutico, ni siquiera del mundo de los terapeutas. Lo vemos en la mayoría de ellos y se está extendiendo cada vez más al psicodrama y se extiende a distintas áreas del saber humano y, dentro de la medicina, todos conocemos a los profesionales "colgadores de diagnósticos", que exigen su aceptación sin admitir el mínimo diálogo explicativo con el paciente. Un admirado Prof. de Medicina, el Dr. Pallardo que tuve la suerte de tener como maestro nos explicaba la rino-faringo- laringo- traqueo- bronquio- bronquiolitis habitual descendente como diagnóstico de los médicos pedantes y misteriosos, pero, nos decía, yo prefiero usar su nombre popular: catarro.

Me atrevo a traducir estas conductas en este resumen "mi lenguaje me coloca en una elite por encima del común de la gente" y, por añadidura: "si quieres acceder a este mundo tendrás que aceptar mi enseñanza y mi concesión". El lenguaje se convierte así en el instrumento de poder de una clase "superior", sobre todo en el mundo de las ciencias y las prácticas del campo de la salud porque el lenguaje es un instrumento de acción directa en los fines terapéuticos y llega cargado de maná. Es el instrumento por el que los "sacerdotes" ponen en comunicación salvífica al hombre dañado con los mensajes del "Dios".

Y esta adjudicación del rol de "Dios" nos lleva al segundo punto entre los que deseo tocar aquí. También tiene que ver con la idea de secta y lo concreto en dos subtemas: la constitución de un colectivo terapéutico en una secta, tal como yo las describo y entiendo y resumí en páginas anteriores y, en segundo lugar, la erección (¿es casual la elección de este término?) de un sujeto en el rol de gurú.

Si repasamos los puntos que reproducía unas líneas antes creo que, si admitimos tales items como definidores de una secta, cualquier lector puede opinar qué modelos pueden ser encuadrados en esta clase. Pero más allá ó quizás más acá de esos grandes modelos muy

conocidos estan las "pequeñas sectas". Los grupos ó grupúsculos que se conforman alrededor de un pequeño lider y se declaran portadores de la verdad, radicalizando sus coordenadas de pensamiento y demonizando a todos aquellos que no formen parte de ese pequeño grupo reunido alrededor de aquel que se erige como gurú.

Pienso que esta historia del gurú es importante en nuestra profesión. Me refiero a la de terapeuta. Es ese profesional que toma una posición de único inter pares, se arroga el privilegio de estar en algún tipo de podio. Los hay de muchos tipos dentro de esta clase. Algunos son soberbios, proclamándose portadores de un saber especial ó de manejar unas sustancias psicótropas exclusivas, alguno desliza sutilmente que podría ser el Don Juan de Castañeda, ó que.... Aquí recuerdo lo que me contaba un amigo entomólogo. Se dedica este biólogo a los himenópteros, esos insectos que incluyen a las avispas, abejas y hormigas. Me habló de que hay un tipo de avispa sin alas, de aspecto humilde aunque pueden tener bellos colores azules, rojos, anaranjados, combinados con blanco y negro, que las hacen muy atractivas. "Pero no te fies, me prevenía, tienen una picadura muy dolorosa, son igual ó más peligrosas que las avispas comunes". También conocemos este tipo de gurús; sonrientes, bromistas, simpáticos, evitadores de conflictos, se hacen querer desde su humildad. Son el más sencillo y humilde. Suelen lograr una adoración tan ciega como los del otro extremo. De nuevo nos encontramos con un ejercicio del poder desde muchas caras distintas. Pero en todos vuelven a conciliarse los viejos conocidos: la soberbia de ser el más, con su acompañamiento de dominio, sumisión, falta de libertad personal y con sus acólitos y sus pacientes y, como consecuencia, el mantenimiento de una cadena de cultura en conserva bajo la apariencia falaz de una equívoca espontaneidad- creativa.

Entre las tres formas habitualmente descritas de liderazgo del terapeuta, el autoritario, el democrático y el de una actitud de *laissez-faire*, este último, el de dejar hacer puede contemplarse como una forma sutil de poder. Se trata del terapeuta de grupo ó individual que no asume ni ejercita su autoridad funcional pero en cambio ejerce el poder de la debilidad disfrazada de comprensión y ánimo compasivo. Aparentemente deja funciones que son suyas

en manos del paciente ó del grupo, no cumple con algunas de las responsabilidades y normas que la mayoría de los terapeutas consideramos influyentes en un adecuado curso de las terapias, como la de cobrar las sesiones a las que no se acude, aceptar fácil e indiscriminadamente cambios de horarios y fechas cuando sabemos que son maniobras, conscientes ó inconscientes, que forman parte de los "juegos" de manipulación de los pacientes. Es una conducta de evitación de conflictos que deposita el poder manifiesto en manos del cliente, que así maneja el discurso terapeutico y fortalece sus resistencias. Claro que, como contrapartida el terapeuta suele argumentar que parte de un rol "bondadoso y comprensivo" y así (se) oculta que también esta ejerciendo un poder a través de un paradójico aumento de la dependencia, con la consecuente prolongación del tratamiento o, incluso, su fracaso. Claro que una posible contrapartida sea el aumento de beneficio económico del terapeuta sobreañadido a su íntima satisfacción de ser especialmente "bueno".

Un último signo de la actitud de poder del terapeuta puede estar en su modo de expresión no verbal. ¡Cuántas diferentes conductas corporales pueden denunciar una posición explícita u oculta de poder! No voy a referirme a las más obvias de estiramiento, engreimiento, altanería, distancia física y emocional tan claras de traducir. Lo que quiero señalar aquí son los gestos y actitudes corporales que traicionan una posición de falta de espontaneidad. La reiteración de aquellos y, sobre todo, la rigidez corporal nacida de un tener que retener lo que se teme que sea visto y traducido consciente o inconscientemente, ó, al otro lado, la ocultación a través de conductas repetitivas, sean las que sean, pues hay muchas, como un estilo resabiado ó cientifista en la escritura ,etc...

Con esto quiero terminar de señalar algunas pocas de las posibles vías de ejercer el poder del terapeuta, pues el tema dá para mucho más. Me limito a poner sobre la mesa algunos aspectos "feos" de nuestros rostros de terapeuta en una visión muy general, una fotografía aérea del tema. Pero me queda por tocar a los psicodramatistas, a los que concretamente nos dedicamos a esta modalidad de psicoterapia.

Se ha partido del principio de que el poder implica dominio ó dependencia del otro y por

ello falta de libertad y por ellos falta de espontaneidad- creatividad y si, como todos creo que estamos de acuerdo, la filosofía del psicodrama y la supuesta posición existencial del psicodramatista es que en el psicodrama, los psicodramatistas huiéremos de evitar el caer en el manejo del poder en nuestro quehacer y, deseablemente, en nuestras vidas más allá del rol profesional. Seremos directivos, sí, usaremos la autoridad, por supuesto, pero no el poder.

Sin duda, a partir de aquí, es preciso aceptar que estar libre de estos fallos es una meta, incluso quizás una bella fantasía ó una utopía, pero como caemos a veces, inevitablemente en el círculo luciferino.

Hace tiempo, años, forjé la frase de que "ser moreniano es ser no moreniano" con ella he querido siempre transmitir que desde el posicionamiento existencial de Moreno, seguir ciegamente sus enseñanzas sería aferrarse a una cultura en conserva, perder la espontaneidad- creadora y por tanto desasirse del espíritu que el trató de transmitir. De hecho apoyó y estimuló a aquellos que exploraron con la conjunción de psicodrama y psicoanálisis, análisis existencial, teorías junguiana y Adleriana, hipnosis y otras vías de encuentro y evolución.

En mí opinión y desde mí inevitable limitación de conocimiento de la infinidad de modelos terapéuticos hoy en circulación, opino, repito, que Moreno nos transmite el modelo ó uno de los modelos con menor posición sectaria. El no quería ser el portador de la verdad última, admitía y apoyaba las heterodoxias teóricas y de lenguaje, daba libertad a sus discípulos y formandos y, de modo global, perseguía la evolución y el desarrollo de sus formulaciones. Quizás esta postura ha influido de modo decisivo en que los aportes teóricos y técnicos de Moreno se hayan extendido y se estén utilizando desde las más variadas escuelas y el psicodrama y Moreno se eluden, se evita nombrarlos como inspiradores y creadores de una profunda revolución y renovación en el estudio del hombre y de los tratamientos psicosociales. Aquí está el "auctor", el creador, frente a los poderosos líderes de algunas otras escuelas, constituídas en sectas.

Pero no todos los que se llaman psicodramatistas participan de este espíritu moreniano. Vemos cómo pequeñas cuadrillas se erigen con un espíritu sectario como abanderados del "buen y verdadero psicodrama", sus líderes se

erigen en gurús que reclaman ser admirados cuando no adorados y seguidos ciegamente, fieles a los dictados de su pequeño "dios". De nuevo la tentación de la idolización propia y la conformación sectaria aparecen como tentación de una soberbia que suele esconder la inseguridad del líder y la necesidad de dependencia de sus adláteres.

Quién quiere la libertad pudiendo agarrarse al poder?. Parece que piensan y desde aquí(ó más allá) las luchas por el poder dentro de las asociaciones profesionales. La necesidad de una posición de dominio en las luchas políticas en estos ámbitos. Todos somos espectadores cotidianos. Prescindo de más comentarios sobre éste tema patético.

En temas más centrados ó focalizados en el ejercicio de la psicoterapia creo que podemos trasladar aquí casi todo lo dicho al hablar de las terapias en general. Pero con algunas puntualizaciones. Veamos.

En algunas formas de terapia el uso del poder forma parte de la tácticas propias de este modelo, como hemos visto en páginas anteriores y desde esa actitud honestamente explícita, no tengo nada que objetar, pero en psicodrama tenemos otro punto de partida: el terapeuta no es el poseedor del saber supremo y por tanto no es el "curador". Su función es co-crear vida. No deja de ser un instrumento del paciente ó, mejor dicho un co- instrumento del instrumento que es el paciente, protagonista. Y sin embargo ¿Cuántos psicodramatistas se mueven desde estas coordenadas? No desde la teoría sino en la práctica. ¿Cuántos cultivan la consecución de la libertad y la independencia como valores primarios que se soportan mutuamente con la espontaneidad-creadora?

Las formas de poder, de utilizar el poder en el psicodrama, son tan variadas como en cualquier terapia, pero aquí, en psicodrama, deberíamos poner especial cuidado en el uso, en el no uso, de las interpretaciones dogmáticas. Y en el manejo de las técnicas activas para "demostrar" al otro ó a nosotros que tenemos razón en nuestras opiniones sobre lo que ocurre en el drama que desarrolla el protagonista y en el interior del mismo, en su escena interna.

La tentación del uso del poder en la terapia grupal varía según los posibles conflictos irresueltos del psicodramatista, que pueden ser

movilizados por los conflictos que subyacen en cada una de las fases del grupo.

En algunas ocasiones⁵ he recordado mi distinción de las fases del grupo psicodramático que publiqué por primera vez en los Apuntes de Psicodrama para uso interno de los alumnos de nuestro Instituto de Formación (I.T.G.P.) y que contrastaba con los de otros autores, Foulkes, Fink, Bennis, Schutz y Bach. Aquí quiero mostrar mi modo de ver sobre las posibles caídas ó tropezones del Director Psicodramático en juegos de poder en cada una de estas fases. Describimos las siguientes fases y subfases:

- Fase caótica
- Fase fundacional
 - └ subfase de omnipotencia
 - └ subfase de tránsito
- Fase familiar
 - └ subfase de dependencia
 - └ subfase de contradependencia
 - └ subfase de independencia
- Fase de estructuración social.

En la fase caótica, todavía no se han simbolizado los sentimientos y compartido las experiencias. Aún está el conjunto de miembros está más próximo a un conglomerado de individuos que a un grupo como sistema. Los sentimientos, aún no compartidos, son de soledad, temor, desconfianza, vacío y, naturalmente, la expectativa de un dios que cree el universo desde el caos. Este rol se le adjudica al terapeuta. Los miembros del grupo le presionan, cada cual a su modo para que ejerza su poder, desde demandas de que los dirija, que dé pautas, que establezca un orden. El terapeuta puede caer en la tentación de creerse imprescindible para que el grupo salga adelante y asumir un rol directivo, protector, autoritario y magnánimo. ¡Qué sabor de omnipotencia!

En la fase fundacional termina de cristalizar el equivalente grupal de la escena primigenia que se suscita desde el caos de la fase anterior. La subfase de omnipotencia surge como reacción a las profundas inseguridades que pone en juego el comienzo del grupo.

5. Población y otros

Población, P.: "Teoría y práctica del Juego en psicoterapia" Ed. Fundamentos, 1997

Población P, López Barberá, E. "Introducción al Role-Playing Pedagógico" Ed. Desclée de Brouwer, 2000. Bilbao.

El terapeuta ha ayudado a tomar un primer contacto con las heridas de la escena primigenia, con el consecuente dolor, desolación, temor y rabia. Como ya destacamos en su día "frente a estos temores el sujeto recurre a conductas "cargadas de poder", como al aferrarse a un rol que considera relevante: "Soy ingeniero ó abogado ó psicólogo...", ó recurre a la racionalización, ó forma el rol del "loco" ó el "incapaz" con el poder inmenso de la debilidad aparente, ó una actitud exigente, destructiva, protectora o tantas otras que le reaseguran, sin descartar la minusvalía y el desvalimiento, que procuran obtener el cambio de la actitud del terapeuta⁶. En la "subfase de tránsito" se accede a un encuentro con las imágenes parentales. Que son vistas como "figuras míticas, heroes ó semidiosos, cargados de poder", de un poder mágico. En las escenas se dilucida el poder, dependencia, búsqueda, ausencia... de figuras de poder⁷. Por supuesto estas imágenes se buscan también en los terapeutas. En las tres subfases de la fase familiar se detectan fenómenos que pertenecen al área de poder.

Antes de seguir adelante quiero señalar una vez más que cuando hablamos de los fenómenos atingentes al área del poder no consideramos a estos los únicos presentes, se trata solamente de que creemos que han sido los grandes olvidados y nuestro interés es sacarlos a la luz en nuestro trabajo. En la subfase de dependencia aparecen las figuras parentales, transferidas a los terapeutas, a los compañeros ó presentes en las situaciones dramatizadas, en los roles psicodramáticos son depositarias de un gran poder y autoridad, la figura del terapeuta se magnifica e idealiza, pudiendo llegar a situaciones de demandas de dependencia que hacen que hasta en los silencios puedan oírse los gritos profundos de "condúcenos, tú que todo lo sabes", "dinos que hacer", "sácanos del atolladero". La tentación del terapeuta es de responder con una conducción e incluso con una interpretación a estas demandas, una y otra vía implican la aceptación por parte del profesional del "poder del que posee la sabiduría" y, simultáneamente una falta de confianza en los recursos de los demás.

La subfase de contradependencia es la que situa al terapeuta frente a los retos más burdos. En esta "lucha de los hombres contra los dioses" en esta rebeldía adolescente frente a los mitos, ritos, costumbres y poder parentales, el "terapeuta es agredido, criticado, zarandeado, culpado" y descalificado. Si el terapeuta intenta imponer sus intervenciones entrará en un juego de escalada de poder con el grupo. Aquí su autoridad, su sabiduría, que no su poder, habrá de expresarse también en el manejo de actitudes contraparádójicas. En la subfase de independencia la jerarquía, desde una postura más madura, puede empezar a vivenciarse como autoridad y no como poder.

Fase de estructuración social. En esta fase se termina de organizar el grupo como una muestra holográfica de la sociedad, diría de una sociedad con buen nivel de madurez, si esto puede existir. Cristaliza la estructura sociométrica con parejas mutuas, jerarquía desde líderes aceptados y el papel del terapeuta va quedando relegado a un referente lejano, como chaleco salvavidas que tenemos debajo del asiento en el avión pero que es muy raro tener que utilizarlo.

He querido destacar, en estas líneas, los puntos más significativos de los juegos de poder en las sucesivas fases grupales. Quiero aclarar que estas fases no siempre se encadenan de modo tan evidente, esto sería una posición simplista, ya que cualquier acaecer que incide en el grupo, cómo pérdidas, entradas de nuevos miembros, etc... hacen regresar a fases anteriores, repitiéndose la espiral evolutiva del grupo.

Un último punto, con la seguridad de que quedaran muchos otros por abordar, es el referente a la rigidez corporal y actitudinal del terapeuta, que considero muy inadecuada el caso de en un psicodramatista. Terapeutas de otros modelos adoptan posiciones de lejanía y de superioridad como parte de su modus de relación "oficial" con sus pacientes y, no rara vez, lo extienden a otros ámbitos de relación. Insisto en mí convencimiento de que el psicodramatista debe ser abierto y flexible, espontáneo y creativo, tanto en su quehacer profesional como en el resto de su vida.

6. Mantengo en estos párrafos el lenguaje que utilicé en 1974. Hoy señalaría como entran en los dos polos del círculo luciferino.

7. Población, P, op.cit.

12. La incertidumbre del terapeuta ante las situaciones de crisis de la familia y pareja

XVII Reunión Nacional de la AEP

Granada, 28 al 30 de Septiembre 2001

Elisa López Barberá
*Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama
 (I.T.G.P.). Madrid*

Esta aportación tiene el objeto de exponer y compartir una reflexión —que no comunicación— acerca de las crisis conflictivas relacionales en su sentido amplio no tanto sobre las crisis mas “naturales,” cuya fuente originaria específica sea básicamente de índole socio afectiva o biológica o evolutiva y que repercuta en las relaciones.

Crisis como una situación de la que en estos especiales momentos, ya no somos ni testigos transitorios, ni observadores neutrales, ni responsables y participantes ocasionales. Es una situación presente en todos los niveles jerárquicos de sistemas psicosociales a nivel macro y micro grupal. Es una Gran escena que nos pertenece a todos y en la que, nos guste o no tenemos cabida como sujetos con la doble dimensión de actores-espectadores.

Espectadores desde esa dimensión que permanece observadora de la escena y sufre con frecuencia las consecuencias de la parte destructora del juego desde la impotencia para la acción. Actores que arriesgan, comparten, compiten, luchan por el poder y juegan con aciertos y errores por acción u omisión. Y siempre sin perder la referencia de alguna forma de corresponsabilidad en esta Escena

Cuando pretendía pulir la comunicación que traía a esta mesa, el fatídico 11 de septiembre, me planteé que al menos en estos momentos ya no me valía lo que empecé a percibir como cultura en conserva solo justificable desde la impresión de mostrar una visión escotomizada del foco de la crisis depositada en la pareja y la familia.

Fue una convulsión, aunque para muchos resultase la crónica de una crisis anunciada, que me instaló en vivo en el territorio existencial de la incertidumbre impregnando todos mis roles, del que no se escapa el profesional y haciéndome sentir la necesidad de reflexionar sobre la posibilidad —en la realidad que no en la ficción del deseo—, de construir una lente que permita otra mirada a las distintas caras de la crisis. Una mirada alternativa desde la cual se pueda desechar lo que ya no nos vale pero en donde aún no tenemos claro nuevos elementos de validación para percibir y procesar la realidad de las crisis de otra manera.

Se nos desmorona por momentos esa visión lineal polarizada y tranquilizadora que nos acalla las conciencias y que justifica y sostiene numerosos roles y acciones (entre ellas los profesionales) tanto para sostener argumentos y significados , como para intervenir en ellas y ayudar .

Polaridades como, buenos-malos. Opresor-oprimido. Ganadores-perdedores .Victimas-verdugos y muchas mas, que nos han instalado en numerosas ocasiones en una rigidez de roles y en un maniqueísmo de alto tinte narcisista, contribuyendo a encontrar soluciones desde un cambio uno y/o “un mas de lo mismo”.

De las innumerables definiciones de crisis, desde las clásicas de Kaplan, Jacobson, Tillich,Slaikeu y muchos más, he seleccionado la propuesta por P.Caillé.:

La crisis es la pérdida de control del sistema sobre su propia historia a causa de una puesta en cuestión del modelo de relación.

Desde esta definición se encuentra un isomorfismo presente en cualquier sistema humano a la hora de estructurar el conflicto, sea éste una pareja, un grupo familiar o cualquier sistema macro-grupal. La presencia de un antagonismo hostil entre los roles presentes, en donde cada papel se convierte en el contrario al que tiene el otro. En donde se da la experiencia de acentuar las deficiencias y el juego basado en la relación de Poder (Población).

En otra comunicación planteaba que con frecuencia construimos una narrativa que da lugar a justificar desde una coherencia argumentada la actitud propia en las situaciones de crisis. Sin embargo existe una mayor dificultad de comprensión a la hora de aceptar como válidos los motivos que llevan al otro a experimentar la misma clase de sentimientos y a ejecutar acciones similares, hacia nosotros.

La crisis como señala Slaikeu, supone una sobrecarga física y emocional que fuerza a realizar una serie de maniobras y reacomodaciones para responder tanto a la inevitabilidad de lo acaecido como al mantenimiento de una dosis mínima conservadora que permita la subsistencia.

Muchos autores al hacer referencia a las crisis destacan la representación del ideograma chino en donde la palabra crisis está formada por la combinación pictográfica de "peligro" y "oportunidad". Peligro desde la opción de cronificar la inadecuación en el desempeño de los roles y las funciones asignadas a ellos, desde las escenas patógenas surgidas. Oportunidad porque de las crisis se puede descubrir una resignificación que permita recrear, re-elaborar y construir, aún a costa de dolor y de sufrimiento.

Planteadas estas consideraciones generales retomo la pareja y la familia con el objeto de esbozar algunas preguntas.

Quiero dejar claro que en este momento mi aproximación a la situación la estoy realizando fundamentalmente desde la incertidumbre inscrita en mi rol de psicoterapeuta cuando me acerco a esas parejas o familias en situación de crisis conflictiva relacional.

Como psicodramatista convencida me creo que como señala D.Bustos: "no se puede hacer psicodrama sin sentir el efecto modificador que produce". Pero en estas situaciones de crisis relacional en la pareja y/o la familia, desde la

ayuda que podemos brindar ¿que sé puede modificar en el sistema en tratamiento?

Hace años estaba convencida que en una situación de crisis conflictiva relacional en las parejas o familias, se podía conseguir en ocasiones un "cambio dos" o rematrización tanto en el vínculo como en cada uno de los miembros presentes en éste. Este era mi modo de relacionarme con la crisis. Creo que gasté demasiadas energías en esta pretensión y a veces perdí opciones terapéuticas que estaban mas al alcance de la mano de todo el sistema terapéutico, es decir de la familia o pareja y de mí misma.

Desde la aproximación a la escena externa donde se dirime la crisis intentaba seguir el "patrón habitual": conducir a un acercamiento a la escena interna sostenedora de ese determinado tipo de relación para comprender la "lógica" de la crisis. A partir de ese punto se podría generar un proceso de status nascendi o desarrollo que facilitara una modificación estructural funcional para ese sistema. Así creía que la crisis podía resolverse bien por su disolución o bien por mitigarse lo suficiente como para permitir un alivio intenso sintomático y de la sobrecarga emocional. Mi planteamiento era "salir de la crisis", desde un intento resolutivo de ésta.

Desde hace un tiempo me cuestiono el objetivo tradicional de este aprendizaje terapéutico para la resolución de las crisis (en cualquier nivel): el uso de la espontaneidad en un momento de crisis para resolverla, equivale a "salir de ella" , a "eliminarla",

En estos momentos prefiero acercarme a otro planteamiento: "como convivir con la crisis". Me vienen frases de Bustos: "vivir en pareja supone vivir en crisis" y de Maturana: "si permanecemos vivos tenemos una conducta adecuada, sea cual sea la manera en que consigamos permanecer vivos".

¿Qué repercusiones me parece puede tener esta opción en los vínculos y en las personas que los conforman? ¿En los nuevos modelos familiares y de pareja?

¿Se puede establecer como meta terapéutica la posibilidad de crear una relación constructiva desde la inmersión en la crisis sin pretensiones de modificación de esta estructura, aceptando la incertidumbre?

Poderse dar actos creativos en el seno de la crisis desde otro enfoque en el abordaje de las mismas.

No pretendiendo modificar la relación interviniendo directamente en las posiciones congeladas de la estructura sociométrica, contenedora de transferencias, valores y mitos.

Sí intentando llegar a generar espontaneidad por otras vías porque pueda ser posible redefinir esta relación aprendiendo a servirse de ella como un dispositivo de ayuda para uno mismo y para la relación, llegando a poderse dar actos creativos en el seno de la misma jugando con flexibilidad de forma coherente con las características y exigencias de cada contexto.

Generando curiosidad desde el juego y la exploración partiendo de "contar" con la crisis en lugar de intentar que desaparezca y que paradójicamente pueda ser componente de una relación de Encuentro desde el nuevo significado que adquiere la crisis.

Este enfoque que en esta etapa de mi quehacer profesional prefiero compartir, está más asociado a intervenciones de apoyo y/o preventivas y a modelos considerados más "superficiales".

Quizás el enriquecimiento del trabajo psicodramático desde esta perspectiva radica en que no se produce un aprendizaje normativo-externo de recursos de afrontamiento. Tampoco se enfoca como objetivo terapéutico al vínculo depositario de la crisis para indagación de responsabilidades y de asociaciones con escenas internas autobiográficas.

Simplemente se brinda un espacio respetuoso y contenedor donde volcar sufrimiento y donde poder renunciar _ si no sale de forma natural- a entender al otro y a hacerse entender. Un espacio para explorar, "jugar" con la contradicción y las polarizaciones, de otras maneras.

Aprender a vivir en la crisis, que al ser un punto de desequilibrio se mueve en el filo del riesgo y la oportunidad de reforzar las viejas estructuras pero que también supone la creación de un nuevo drama. Drama que recupera el valor de lo diferente y que puede transformar el dolor en enseñanza, la impotencia en tolerancia consigo mismo y la transformación de la polarización complementaria en un vínculo simétrico desde

un sereno desencuentro porque se origina una aceptación de lo que no es posible, al menos en un momento en donde no cabe la solución deseada.

Novedad en las respuestas frente a viejas situaciones. RR adecuadas a situaciones nuevas. De nuevo Moreno, desde su filosofía y sus propuestas nos da claves para tejer la existencia humana.

Moreno en su obra *¿Quién sobrevivirá?* plantea que sólo aquél que apele a su espontaneidad y la use creativamente podrá sobrevivir.

Lástima que el desarrollo de la Sociatría, sea por ahora un objetivo ¿ingenuo? ¿Inalcanzable?... a lo mejor, bajando el listón en los objetivos de solución a las crisis podemos ir reforzando este necesario proyecto sociatríco.

Quizás en el laboratorio de la vida cotidiana de las relaciones familiares y de pareja en donde se instalan las crisis, podamos aprender a jugar con las crisis con otras referencias, ni mejores, ni peores, simplemente distintas.

13. Psicodrama en las crisis y las crisis del psicodrama

XVII Reunión de la AEP

Granada, 28 al 30 de septiembre de 2001

Dr. Ernesto Fonseca-Fàbregas
Médico. Psiquiatra. Psicodramatista
Ex-presidente de la A.E.P

I. Introducción

La palabra "crisis"¹ es un sustantivo femenino requiere varias acepciones en el Diccionario de la Lengua Española:

- Mutación considerable que acaece en una enfermedad, ya sea para mejorarse, ya sea para agravarse el enfermo.
- Mutación importante en el desarrollo de los procesos, ya sea de orden físico, histórico ó espirituales.
- Situación de un asunto ó proceso cuando está en duda la continuación, modificación ó cese.
- Juicio que se hace de una cosa después de haberla examinado cuidadosamente: escasez, carestía y, por extensión, situación dificultosa ó complicada.
- Cambio total ó parcial de un gobierno.
- Ruptura del equilibrio entre la oferta y la demanda de bienes y servicios, que genera una fase depresiva de la coyuntura... económica.

Los sinónimos² de "Crisis" forman parte de las diferentes definiciones, sobretodo las tres primeras:

1. Dificultad
2. Problema
3. Trance
4. Cambio
5. Inestabilidad
6. Peligro
7. Transformación

Históricamente, y tomando en cuenta la famosa Crisis de la Baja Edad Media, existiendo tres teorías que enfatizan la continuidad histórica de las instituciones corporativas, una cuarta teoría sostiene que la persistencia histórica haya existido y tenga una relativa importancia, un movimiento corporativo sólo puede ser explicado y mantiene su influencia en términos de las fuerzas políticas, económicas y sociales del período en que tuvo lugar. Hay que aprender de ellas, de las "gildas" formadas, fue cuando apareció su problema mayor: redujeron el comercio, en lugar de buscar nuevos mercados y buscar técnicas ahorradoras de trabajo que incrementaran la producción marginal, se prefirieron políticas de restricción del producto, destrucción de la capacidad instalada y concentración en los mercados locales"³.

II. El psicodrama en crisis

No nos ha de extrañar, desde la introducción de la comunicación bipersonal, posteriormente la comunicación circular (Dinámica de Grupos), luego la Radial (Psicoterapia de Grupo) y por último la introducción del cuerpo tanto en el Role-playng como en el Psicodrama, que éste ha estado en Crisis en nuestro medio social en donde la palabra adquiere la categoría del verbo, lo sagrado, lo intelectual y el cuerpo es origen de bajas pulsiones e instintos.

La gente se asusta cuando le hablamos de comprometer el cuerpo en terapia. Eso es cierto, pero no nos olvidemos de los vínculos

1. Diccionario de la Lengua Española.
2. Diccionario de Sinónimos.

3. Las Crisis de la Baja Edad Media: Ciudades y Corporaciones. Resumido de "The Cambridge Economic History of Europe" de Mauricio DRELICHMAN).

que se establecen, por lo que deberíamos promocionarnos como más unos psicoterapeutas vinculares, que "reestablecemos la comunicación interrumpida y/ó defectuoso con nosotros mismos y con los demás".

Como decía más arriba, hay que mejorar "el comercio", con otras tendencias, otras culturas, otros países, sólo así no moriremos ni dejaremos el Psicodrama a corrientes que si bien afines: Dramaterapia, Escenoterapia, Psicoanálisis, no son Psicodrama.

Siendo más positivo, el Psicodrama ya fue considerado por su creador, Moreno, como la cuarta revolución en psiquiatría, y una revolución deja de serlo cuando se estanca, se bloquea, convirtiéndose en una "Conserva Cultural", lo cual iría contra sus mismos principios, el Psicodrama que se estanca, que ya no abre nuevas puertas a la Creatividad y a la Espontaneidad, deja de ser Psicodrama para convertirse en otra cosa de cuyos nombres no quiero acordarme.

Por ello desde la Presidencia, y con el apoyo de la actual JD estamos promocionando la comunicación internacional, no sólo a través de los Iberoamericanos, sino a través de una página WEB, de una e-List que, a pesar de estar en pañales, esperamos que en un máximo de cuatro (4) años podamos estar a la altura de cualquier comunicación cibernética. Y digo comunicación, porque el Psicodrama es, ante todo, comunicación.

III La crisis de la A.E.P.

Dejaré a otra ponencia la Historia de la A.E.P., soy consciente de que se me ha pasado "una papa caliente" Siguiendo la Introducción, ha habido:

- a. Un cambio parcial de Gobierno: soy el único miembro de mi orientación psicodramática que ocupo este cargo.
- b. Me he planteado una Mutación en el desarrollo del Proceso de crecimiento de la A.E.P., con lo que cuento con todos vosotros.
- c. Pasada la fase depresiva, estoy empeñado un un cambio para transformar la A.E.P. en una Asociación Integral que reúna a todos los psicodramatistas de España, de todas las tendencias, manteniendo vínculos con

Asociaciones afines tanto nacionales como extranjeras, aumentando el número de socios nacionales y afiliados extranjeros.

- d. En el mismo sentido, convertir las Reuniones Anuales en un Foro de Aprendizaje para nuevos Psicodramatistas, creando una verdadera Escuela Integral de Tendencias, aplanando escollos y abriéndonos al exterior sin temor a ser re-conquistados.
- e. Difundir el Psicodrama en Escuelas afines a la Salud Pública y Mental, Pública y Privada, demostrando con nuestro quehacer, seriedad y eficiencia, lo que somos capaces de ayudar a nuestros semejantes.

Sin ello no hay Psicodrama ... ni Crisis

Gracias.

14. La crisis de las aventuras en las relaciones de pareja.

XVII Reunión Nacional de la AEP
Granada, 28 al 30 de Septiembre 2001

José Díaz Morfa
Psiquiatra-Psicoterapeuta

Introducción

"Crisis" se define en el Concise Oxford Dictionary como un punto crítico especialmente en relación a enfermedades o puede interpretarse como un período de peligro o suspenso. Su origen es del griego "krisis", que significa decisión.

En términos de pareja es un período en el que los conflictos y dificultades se hacen explícitos: esto puede ocurrir después de años de ignorar las dificultades por uno o ambos cónyuges o puede ser un momento crítico de cambio en el que se modifican abruptamente las reglas de la relación, se definen nuevos roles y se impone un nuevo modelo de relación.

Es en este punto crítico específico que la terapia en la crisis puede ofrecer sus efectos más beneficiosos a fin de establecer una adecuada solución y un cambio constructivo.

La crisis en sí misma es solamente una indicación de la necesidad de comprensión y autoexpresión en la comunicación de la pareja.

Para algunas parejas o individuos este período de cambio y de confrontación puede ser abrumador y el miedo a la pérdida y la falta de disposición para el cambio pueden ser fundamental. Las reglas de la relación ya no regulan la estabilidad o homeostasis y pueden surgir tensiones asociadas con alteraciones del estado de ánimo. Esto puede llevar a un "acting out" que requiere contención. Puede existir culpa, una reacción depresiva o manifestaciones psicósomáticas o puede haber actos agresivos que suceden dentro del contexto del abuso del alcohol o drogas. Tanto las parejas

como el terapeuta se pueden encontrar desempeñando papeles muy demandantes al enfrentarse con una expresión emocional incontrolada.

Dinámica de las relaciones de pareja

Berman y Lief (1975) describieron tres dimensiones principales para la dinámica de parejas que están continuamente cambiando en la búsqueda de la homeostasis.

1. Poder dentro de la relación, por ejemplo, la mujer puede encontrar una nueva posición de poder adoptando un papel de víctima.
2. Intimidad, por ejemplo, si ha existido una relación extramarital que ha sido perjudicial para la relación y la pareja puede distanciarse uno del otro como forma de protección, ante el miedo a la dependencia o al abandono.
3. Determinación de límites, por ejemplo, los límites de la pareja pueden cambiar a raíz del nacimiento de un hijo al establecerse nuevos roles como padres.

¿Cómo afecta un acontecimiento crítico, como puede ser una aventura, a la dinámica de las relaciones de pareja?. La crisis quebranta la estructura anterior de la relación y abre el camino para que surjan nuevas pautas a medida que la pareja busca un nuevo equilibrio. Si tienen intención de preservar su relación estarán motivados para negociar el cambio y buscarán activamente una nueva posición de homeostasis. A la vez, deben movilizar las tres dimensiones de la dinámica de la pareja descritas anteriormente. Sin embargo, la crisis quizás sea el camino para finalizar la relación. La crisis en sí misma puede haberse buscado inconscientemente para un cambio en la relación.

Clasificación de las crisis

Las crisis se pueden clasificar de forma general y Pittman (1987) facilita una categorización útil.

1. Acontecimientos externos. En esta categoría se encuentran percances mayores, desde una muerte súbita en la familia hasta la pérdida del trabajo del que es el soporte económico. La pareja adopta roles tendentes a resolver las dificultades con el objetivo de asimilar y manejar el acontecimiento. Habitualmente hay una búsqueda del/los culpable(s). La pareja sin graves conflictos puede manejar este nivel de prueba y de análisis, pero para la pareja menos estable este acontecimiento puede llevar directamente a viejas rutinas de ataque y contra ataque que luego vuelven a abrir los anteriores problemas de la relación y realzan el efecto de la crisis.
2. Crisis estructurales. Estas crisis suceden en parejas que han establecido un modelo de relación estable-inestable que incluye pautas repetitivas de inestabilidad en una relación de larga duración. Los acontecimientos externos pueden concebirse como detonantes de la crisis pero las dinámicas internas constituyen la razón principal para que se produzca. La crisis representa oportunidades de cambio en una pareja que anteriormente ha elegido evitarlo. A un nivel este tipo de relación sobrevive en los picos y depresiones que la mantiene. (Como ejemplo de esto podría ser la relación tormentosa de una pareja alcohólica que pasa de una crisis a otra como resultado de la conducta bebedora del cónyuge). En otro nivel las crisis repetitivas se vuelven destructivas con el paso del tiempo y llevan a través de un proceso de desgaste a la eventual ruptura de la relación.
3. Crisis de desarrollo. Las transiciones psicosociales suceden en distintos momentos de la vida cuando las tareas de desarrollo deben negociarse y desarrollarse nuevos roles. Tienen una especial importancia en la pareja cuando la relación también necesita cambiar y se deben definir nuevas reglas y límites. Vines (1979) describe las tareas transicionales como "desenvolvimiento adulto" y las considera como tareas individuales que todos experimentamos en nuestro crecimiento personal dentro de la vida adulta; tales tareas incluyen el tratamiento de las relaciones con los padres al dejar el hogar, la auto-individua-

ción del adulto, la crisis a mitad de la vida, y la jubilación. Nuestra capacidad de "desenvolvernos" y crecer en estos períodos depende de nuestra renegociación exitosa de los anteriores conflictos intrapsíquicos que a su vez corresponden a las expectativas y mandatos pre-existentes en nuestra infancia. Vines vincula esta experiencia con el "suceso que marca" o externo que coincide temporalmente con el desenvolvimiento en el desarrollo. Estos son acontecimientos que tienen un impacto notable y requieren la rápida adaptación y cambio en la situación de vida de un individuo. Estos "sucesos que marcan" tienen por lo tanto la calidad de crisis tal como la hemos definido. Inevitablemente existe una interacción entre el suceso de desarrollo y el "suceso que marca" y en combinación pueden llegar a ser el punto crítico en la vida de la pareja o el individuo.

La crisis provocada por una aventura puede ser entendida como un acontecimiento externo, o puede formar parte de la estructura de relación de una pareja, por tanto ser una crisis estructural, o la aventura puede ser una forma de afrontar algunas de las crisis o etapas del desarrollo evolutivo del adulto.

Contexto cultural de las aventuras

Cómo se viven las aventuras depende en gran parte de la cultura. La cultura modela las formas particulares en que se expresan las cuestiones personales. Cerca de 1.000 de 1154 sociedades del pasado o el presente estudiadas por los antropólogos han permitido a un hombre tener más de una esposa (Robert Wright, 1994) Lo más importante, sin embargo, es el significado de la aventura dentro de una pareja en particular. La cultura proporciona el contexto, pero los significados específicos se aprenden en la familia de origen.

Mensajes dobles.

La sociedad occidental valora el matrimonio, la fidelidad, pero también tiene una herencia mezclada y una gran ambivalencia en cuanto a la sexualidad. Por una parte, "el adulterio" continúa usándose en nuestro sistema legal como herramienta para administrar la culpa y el castigo. Al mismo tiempo, el mundo del entretenimiento crea una corriente continua de películas y espectáculos televisivos que utilizan la aventura como el principal argumento. Se

odia la pornografía, sin embargo, es un gran negocio. Abundan los argumentos sobre el límite entre arte y pornografía. Las familias en occidente reciben y transmiten constantemente mensajes contradictorios sobre la sexualidad y las aventuras.

Criterios desiguales

El criterio desigual está presente en libros tales como *Cómo mantener a su hombre monógamo*, Penney, 1989), el cual sugiere que es responsabilidad de la mujer hacer que su marido no se "pierda". Si él tiene una aventura, ella de algún modo deber tener la culpa. Desgraciadamente, muchas mujeres creen esto, así como también lo creen sus maridos. Muchos espectáculos de entrevistas televisivas transmiten el mismo mensaje. Aún cuando algunos no den por sentado que la aventura del hombre es culpa de la mujer, muchos lo hacen. Y si la mujer tiene una aventura, no es culpa del esposo, si no su culpa.

Dimensiones de las aventuras extramaritales

La definición del término aventura extramarital puede ser amplia y compleja. No todas las aventuras son semejantes y se presentan con muchas variaciones diferentes. La evaluación de una aventura presupone la comprensión de varias dimensiones en las que se puede presentar una aventura. Varios autores han intentado identificar estas diversas dimensiones y sus ideas tienen una considerable solapación (Westfall, 1989, 1995; Humphrey, 1987). El terapeuta debería considerar las siguientes dimensiones de las aventuras y tenerlas en cuenta durante la fase de evaluación del tratamiento:

1. La frecuencia, duración, y localización de la aventura.
2. Número de compañeros sexuales pasados y presentes.
3. El género del compañero de la aventura.
4. El nivel de actividad sexual.
5. Si la aventura(s) son unilaterales o bilaterales.
6. El grado de involucración y apego emocional.
7. La relación de cada compañero con el compañero extramarital.
8. El grado de secreto, mentiras, y decepción alrededor de la aventura.
9. Grado de aprobación o consentimiento implícito del compañero traicionado.

10. La tolerancia de una aventura extramarital dentro del grupo social de la pareja, la comunidad, el grupo étnico/cultural, y la afiliación religiosa.

Prevalencia de las aventuras

Hasta hace relativamente poco, era más probable que los hombres casados tuvieran una aventura y no sus esposas (Thompson, 1983). Hoy el porcentaje total es similar entre hombres y mujeres casados (Lawson, 1988)

Las similitudes crecientes entre los hombres y mujeres jóvenes contrastan con las diferencias significativas que se descubrieron entre los hombres y las mujeres que se casaron antes de 1960 en cuanto a la decisión de tener una aventura y la elección de un compañero. Lawson (1988) descubrió que las mujeres que se casaban después de 1970 esperaban sólo cuatro años (un año menos que los hombres) para tener su primera aventura, mientras que las mujeres que se casaron antes de 1960 esperaban 14.6 años (cuatro años más que los hombres). Entre la generación más joven "los hombres han comenzado (estadísticamente hablando) a "parecer" mujeres, y viceversa" (pág...78). Aún así, "aún quedan diferencias llamativas porque para las mujeres la experiencia del adulterio y el divorcio es diferente y mucho más seria que para los hombres" (pág...288).

Yablonsky (1979) encontró que el 47% de los hombres casados habían tenido al menos una aventura y Maykovich (1976) el 32% de las mujeres casadas.

La prevalencia de las aventuras parece estar aumentando, particularmente entre las mujeres más jóvenes que ahora están participando en aventuras en un porcentaje más elevado que sus esposos (Lawson, 1988). No solo hay ahora más mujeres que mantienen aventuras, si no que su participación en aventuras está aumentando en un porcentaje mayor que el de los hombres (Atwater, 1982).

Similares resultados se informan en una encuesta de los lectores de *Psicología Hoy* (Salovey & Rodin, 1985): Cuarenta y cinco por ciento de los que respondieron a la encuesta sobre celos y envidia admitieron una aventura, aunque el 72 por ciento consideraba la monogamia muy importante y otro 20 por ciento

la consideraba importante. Este vacío entre el comportamiento y la creencia es común en las cuestiones con carga emocional.

Un artículo de investigación sobre la infidelidad realizada por Maggie Scarf (1987) indica que alrededor del 55 por ciento de los hombres casados tienen aventuras, y el 45 por ciento de las mujeres casadas tienen aventuras.

Wiederman y col. (1997) analizaron los datos de la General Social Survey (Encuesta Social General) conducida en 1994. Esta muestra consistió en más de 2.000 encuestados. El encontró que el 22,7% de los hombres informaron una aventura comparados con el 11,6% de las mujeres. Adicionalmente, encontró que para los miembros de la muestra por debajo de los 40 años de edad, no hay diferencia en la incidencia de las aventuras. La incidencia para las aventuras tendía a aumentar para los hombres según envejecían (al menos hasta la edad de 70 años), mientras que para las mujeres la incidencia más alta estaba entre los 30-50 años.

El estudio de Lawson (1988) y el estudio de Atwater (1982) revelan que la experiencia sexual premarital se correlaciona con la posibilidad de tener una aventura —cuanta más experiencia pre-marital, más probable es la aventura.

Estas son cifras moderadas, basadas en lo que la gente está dispuesta a revelar. Mucha gente no admitirá una aventura por miedo a la desaprobación o a repercusiones negativas, o porque aún no la han reconocido totalmente ante sí mismos, ni que decir ante sus cónyuges. Otros aún no han tenido una aventura, pero la tendrán en el futuro. Aún reuniendo estas cifras moderadas, las mismas sugieren que alrededor del 70 por ciento de los matrimonios experimentan una aventura (Brown, 1991).

En la práctica de la terapia de pareja, especialmente la que enfoca los conflictos de pareja y el divorcio, se espera un porcentaje aún más elevado de aventuras. Humphrey y Strong (1976) hicieron una encuesta a los miembros clínicos de la American Association of Marriage and Family Therapy (Asociación Americana de Terapia Marital y de Familia). Los terapeutas informaron que el 46% de las parejas que buscan ayuda hablaron de una aventura en su matrimonio. Una réplica de este estudio en

1984 informó de tasas más altas con algunos terapeutas que informaban que la mayoría de sus casos habían experimentado una aventura (Humphrey, 1985).

Causas de las aventuras

¿Por qué el actual aumento de aventuras?. Una respuesta común es que el aumento se debe a:

1. Una ruptura moral en nuestra sociedad.
2. Otros señalan el control de la natalidad que permite mayor libertad sexual.
3. Se mencionan los cambios en el lugar de trabajo como que proporcionan mayores oportunidades para que las mujeres y hombres tengan aventuras.
4. Algunos sugieren que la gente está centrada en lo personal, mientras que en el pasado estaban más preocupados por la familia y la comunidad.

La explicación más probable del aumento de aventuras es una confluencia de factores tales como:

1. Nuestras mayores expectativas de satisfacción emocional en las relaciones de pareja.
2. Graves dificultades en la comunicación y en las habilidades de relación;
3. La revolución sexual;
4. Y la estructura cambiante de la vida diaria.

Las aventuras, están significativamente asociadas al descontento con la pareja, falta de satisfacción sexual, y a la disposición personal.

Hay tantas causas de asuntos extramaritales como individuos que los están teniendo. Pero podemos generalizar acerca de fuentes psicológicas diferentes estableciendo un continuum desde el contexto relacional hasta la personalidad individual.

Factores contribuyentes a la probabilidad de asuntos extramaritales

1. Condiciones del contrato marital que aprueban actividad extramarital.
2. Expectativas culturales de actividad extramarital como integrales y aceptables al contrato matrimonial.
3. Tensión marital que mina la capacidad de la pareja para sostener cada uno los intereses íntimos del otro y deja a uno o ambos vulnerables para, buscar activamente, aperturas

en cualquier otro sitio.

4. Reducción del compromiso individual basados en la estructura del carácter individual y patología en un matrimonio que parece aceptable.

Solo comentaré muy brevemente los puntos 3 y 4, porque son las causas que con más frecuencia vemos en la clínica.

Tensión marital.

La tercera categoría de asuntos extramaritales sexuales contiene la mayoría de los casos que vemos clínicamente como terapeutas de pareja. Cuando hay relativamente poca contribución a la dificultad marital desde la psicopatología individual, la tensión en la pareja es introducida desde una gran variedad de fuentes –crisis de desarrollo en la familia, dificultad sexual y su frustración, rabia crónica, transferencias parentales, pérdida del ideal de pareja, etc.

Contribución de la patología individual.

Algunos matrimonios están marcados por asuntos extramaritales desde el inicio, porque uno de los cónyuges está tan temeroso de la idea del compromiso, que el lazo primario tiene que ser fragmentado entre muchas personas, de manera que con ninguna de ellas tenga un vínculo profundo. La patología del carácter afecta a algunos de manera que no pueden mantener un interés sexual a largo plazo con su pareja. El hecho de que la situación sea provocada por variaciones de un miedo al compromiso, a menudo significa que la capacidad del paciente para el compromiso con la terapia, es igualmente mínima o difícil.

A nivel individual, algunos de los factores más comunes son :

- 1) crisis del desarrollo;
- 2) problemas psiquiátricos;
- 3) orientación sexual;
- 4) y enfermedad médica mayor.

La crisis del desarrollo ocurre cuando la pareja o la familia están teniendo dificultad para moverse de un estadio del ciclo de la vida a otro. Por ejemplo, la mayoría de las parejas experimentan un "estadio de luna de miel". Según la relación evoluciona, los compañeros tienen que aceptar al otro como es en realidad. Ellos pueden experimentar un intenso sentimiento de desilusión hasta el punto en que sienten la necesidad de disolver la relación.

Los problemas psiquiátricos tales como las drogas, el alcohol, y las adicciones sexuales, depresión, ansiedad, trastorno bipolar, y muchos de los trastornos de la personalidad pueden interferir en el funcionamiento de la relación, en especial el trastorno narcisista de la personalidad. La mujer o el hombre narcisistas buscan un enamorado que pueda tranquilizarles con respecto a sus aptitudes para gustar. Los halagos, el deseo del otro, el espejo de sus ojos deslumbrados, representan para ellos los alimentos indispensables para afianzar el sentimiento de su propio valor, sentimiento que, pese a las apariencias, es bastante precario.

El tercer factor que puede aparecer es el de la orientación sexual. Un compañero puede tener conflictos acerca de su orientación sexual que puede interferir en su relación. Una persona puede casarse para "parecer normal" y negar su homosexualidad. Eventualmente tales relaciones pierden su pasión (asumiendo que algo de deseo sexual existía desde el principio) y el secreto puede ser revelado al compañero o ser descubierto. Cuando el compañero extramarital es del mismo sexo, el compañero traicionado siente que no puede competir porque el interés del compañero de la aventura está basado en el género y no en las cualidades del compañero.

El factor individual final es aquel de la enfermedad médica en uno de los compañeros. Un compañero puede desarrollar una enfermedad crónica y potencialmente amenazante de la vida o de acortamiento de la vida. El compañero puede no saber como afrontar esta enfermedad y volverse hacia otra parte como huida. Algunas veces es el compañero enfermo quien tiene la aventura para sentirse joven y sano de nuevo. También, es una forma de afirmar la vida, empezando de nuevo, y sirve para reforzar su negación. Algunas veces los compañeros piensan que van a morir y quieren experimentar tanto de la vida como sea posible.

Tipos de compromiso

El compromiso en una aventura puede ser sexual, emocional o ambos. Las mujeres son más propensas que los hombres a implicarse emocionalmente en una aventura, mientras que la implicación de los hombres enfatiza más a menudo lo sexual (Glass & Wright, 1985; Thompson, 1984). La repercusión en la pareja

es mayor cuando están presentes tanto la implicación sexual como la emocional (Glass & Wright, 1985). Esta mayor alteración, junto con la mayor probabilidad de que sean las mujeres las que se involucren emocionalmente, sugeriría que las mujeres son más propensas que los hombres a abandonar el matrimonio para seguir con la aventura.

Por otra parte, los factores económicos y las responsabilidades del cuidado de los hijos a menudo funcionan en dirección opuesta, manteniendo a las mujeres en el matrimonio.

Glass y Wright (1985) postula un doble código en el cual los hombres y las mujeres enfocan las relaciones extramaritales en formas que son paralelas a sus conductas sexuales en las relaciones premaritales y maritales. El "código" femenino de la conducta extramarital permite a las mujeres estar emocionalmente pero no sexualmente implicadas con otro hombre. El "código" masculino prohíbe la implicación emocional, aunque no sexual, con otras mujeres.

La experiencia clínica se corresponde con los descubrimientos de la investigación que indican que es más probable que la aventura de una mujer amenace el matrimonio (Glass & Wright, 1989; Lawson, 1988). Las mujeres que tienen aventuras suelen estar más insatisfechas en su matrimonio que los hombres y es más probable que estén implicadas emocionalmente con la tercera parte, factores ambos que aumentan la probabilidad de separación o divorcio.

Efecto de las aventuras extramaritales.

Cualesquiera que sean las causas, los efectos secundarios de las aventuras extramaritales corren toda la gama, desde minar a la pareja por un secreto hasta catalizar un renovado intento de construir una mejor relación, sin ser poco común, con éxito considerable. La aventura extramarital es un síntoma de la relación, y su descubrimiento o revelación usualmente constituye una crisis con posibilidades, bien de peligro, o bien de oportunidad. Un peligro surge de la escisión de bueno y malo, en cuyo caso, el matrimonio mantiene el sentido de maldad en el cónyuge "descarrado" y la bondad en el cónyuge que ha sido traicionado. Otro peligro surge del mantenimiento de una vida secreta, que a menudo deja a la otra persona confundida.

Las aventuras extramaritales pueden también tener el efecto de vaciar tensiones en un matrimonio que puede estar en constante conflicto sin ellas, pero usualmente mantienen una escisión en la relación objetal que mina la relación.

La aventura extramarital puede mantener a la pareja unida a través de sus conflictos intrapsíquicos más profundos, como por ejemplo, en los matrimonios histéricos donde los maridos sorprendentemente acepten las relaciones extramatrimoniales de sus esposas. Ninguno amenaza por ese motivo con el divorcio ni se opone activamente a la aventura. Ese amorío extramatrimonial ofrece a los maridos la oportunidad de mantenerse a distancia de sus mujeres, les fortalece en su status de mártires y santos y les libera de compromisos sexuales. Contemplan la relación extraconyugal como si no constituyera un serio peligro para el matrimonio porque, respecto a su amorosa dedicación a la mujer y a su espíritu de sacrificio, se sienten insustituibles y, por ello, no temen que sus esposas les abandonen.

Tipología de las aventuras.

Varios autores han intentado desarrollar diferentes tipologías de las aventuras. Todas las tipologías están basadas en la observación clínica más que en la investigación. Generalmente hablando, intentan simplificar describiendo la naturaleza de la aventura o sugieren la motivación para la aventura. Estas tipologías son clínicamente útiles en que nos dan algunos indicios acerca de las motivaciones que tienen los compañeros para violar los límites de su relación.

Pittman (1989) identificó cuatro patrones comunes en las aventuras: Estos son:

1. El encuentro accidental. Un encuentro de una sola vez que usualmente ocurre mientras está bebido, estando con amigos en una fiesta de solteros, etc, y que alguien lo propone.
2. Flirteo habitual. Estos compañeros muestran un patrón consistente de cambio de compañeros sexuales y de engaño al compañero primario. Es un patrón adictivo.
3. Aventuras románticas. Estas aventuras son acerca de estar enamorado. La persona quiere recapturar el intenso sentimiento de estar enamorado, por ejemplo, para escapar

de las dificultades de la vida.

4. Arreglos maritales. Los compañeros implícitamente están de acuerdo en que necesitan crear distancia y evitar los problemas de su matrimonio. Uno o ambos compañeros se comprometen en una aventura para lograr esta meta.

Israel Charny (1992) tiene una de las clasificaciones clínicas más extensas para las aventuras extramaritales. El enumera 18 tipos de aventuras.

1. Corrupción, incluyendo sadismo/masochismo. La aventura llevada a cabo como un intento hostil-agresivo, a menudo sirve a las necesidades narcisistas de la persona que tiene la aventura.
2. Superficialidad y apatía. La aventura en sí misma esta carente de conexión emocional. Estos tipos de aventuras son repetitivas y genitales.
3. Escapismo. La aventura permite al compañero escapar de las tensiones del matrimonio.
4. "Un tema sin importancia". La aventura es sólo para la liberación sexual y la persona afirma que no es de significación emocional.
5. "Buscar compromiso". El propósito de este tipo de aventura es encontrar un compañero de reemplazo.
6. Enamorándose para amenazar al esposo. El propósito de esta aventura es forzar a algún cambio en el compañero.
7. Enamorándose para completar las cualidades perdidas en uno mismo. El compañero extramarital sirve para llenar las partes perdidas percibidas en uno mismo.
8. Capacitar la continuación del matrimonio. La aventura compensa lo que se ha perdido en el matrimonio y consecuentemente lo estabiliza.
9. Desafiar para la mejora y recreación del matrimonio. La aventura está diseñada para crear una crisis en el matrimonio que puede ayudar a salvarlo.
10. Renovación de la excitación y la aventura. El compañero de aventura espera traer al hogar algo de la excitación de la aventura.
11. Supervivencia del atrevimiento del deseo. Este tipo de aventura es experimentado como una prueba de coraje y poder.
12. Excitación sexual más oportunidad "segura". Estas aventuras tienen lugar bajo condiciones "seguras" donde la posibilidad de descubrimiento es mínima.

13. Diversión y variedad, anti-aburrimiento, contagio social. El propósito de la aventura es introducir variedad en la vida del individuo.

14. Liberación de las tensiones no maritales. El propósito de este tipo de aventura es escapar de los problemas de la vida diaria.

15. Esperanza en momentos difíciles. La aventura es un escape de alguna situación intolerable de la vida tal como una muerte o enfermedad en la familia.

16. Libertad e independencia. El compañero que tiene la aventura siente una falta de libertad e independencia en el matrimonio. La aventura es una forma de afirmar la libertad de uno.

17. Matrimonio abierto. Ambos compañeros están de acuerdo en tener aventuras bajo condiciones especificadas.

18. Hedonismo. -Una insistencia sobre el principio del placer. El compañero que tiene este tipo de aventura se suscribe al hedonismo como principio de vida básico.

Emily Brown (1991) desarrolló una de las más tempranas, útiles clínicamente y mejor conocida de estas tipologías. Brown describe cinco tipos de aventuras.

La tipología se basa en las pautas de comportamiento y en la dinámica emocional de los cónyuges y tiene el propósito de ayudar a comprender la dinámica emocional subyacente entre los cónyuges. Existe una gran variedad de funcionamiento dentro de cada categoría.

Cada una de estas aventuras es distinta y transmite un mensaje diferente. La naturaleza del mensaje escondido se relaciona con las razones emocionales subyacentes que dieron lugar a la aventura. El tipo de aventura puede ser diferente para cada uno de los participantes casados.

Las terceras partes no casadas desean intimidad pero tienen miedo de ser dependientes, o absorbidas.

1. Aventuras de evitación del conflicto. La aventura de evitación del conflicto grita al cónyuge, "haré que me prestes atención". Las parejas que no pueden hablar sobre sus diferencias y desilusiones pueden utilizar esta aventura para salir del manto de la amabilidad controlada. El que tiene la aventura es el cónyuge más insatisfecho. El cónyuge que tiene la aventura siempre se las arregla para

ser descubierto, y las explosiones del descubrimiento echan a un lado la máscara y ponen en claro que existen problemas serios en la relación. Generalmente, este tipo de aventura se produce relativamente temprano en el matrimonio.

La amenaza para el matrimonio no es la aventura, sino la evitación de los conflictos.

Este es el único tipo de aventura en la que el que tiene la aventura expresa mucha culpa.

2. Aventuras de evitación de la intimidad. Los problemas con la intimidad están presentes en todos los tipos de aventuras, pero en la aventura de evitación de la intimidad, la intimidad es el problema. Esta aventura protege contra el dolor y la desilusión —“No quiero necesitarte tanto (de modo que satisfaceré algunas de mis necesidades en otra parte)”. Ambos cónyuges temen bajar las barreras y llegar a ser emocionalmente vulnerables. La aventura, que pronto queda revelada, se convierte en el arma más reciente del armamento. Frecuentemente el cónyuge contesta con otra aventura. La intensidad emocional entre los cónyuges aumenta pero se la invierte en peleas debido a la aventura.

Uno de los indicadores más claros de la aventura de evitación de la intimidad es aquel en que ambos cónyuges están implicados en aventuras. Los evitadores de intimidad son muy buenos para pelear. Su relación sexual es casi siempre parte del conflicto, y sus intercambios verbales están llenos de crítica, sarcasmo, y censura. Las expresiones de culpa no forman parte del cuadro. Debajo de la superficie, sin embargo, existe una gran cantidad de pena y miedo.

En cierto modo la aventura de evitación de intimidad es una imagen reflejo de la aventura de evitación de conflicto: la primera se alimenta del conflicto y minimiza la cooperación, y la última evita el conflicto y se alimenta de la acomodación. Ambas parejas están luchando con la dualidad de ser individuos separados y no obstante interdependientes, pero cada pareja ha abrazado solamente un lado de la dualidad.

3. Adicción sexual. “Lléname, me estoy quedando vacío”, es el tema del mujeriego o de las mujeres seductoras. Estas aventuras

constituyen la jurisdicción de aquellos que tratan su carencia emocional ganando batallas y haciendo conquistas con la esperanza de obtener afecto.

En este tipo de aventura, importa poco quién es el compañero sexual, aunque lo que puede importar es que tenga buena apariencia, poder, u otros atributos externos. Es probable que los maridos más que las esposas sean adictos sexualmente, posiblemente porque esta utilización del poder es más aceptable para los hombres. Las mujeres seductoras parecen estar más inclinadas a adoptar el papel de la tercera parte no casada.

El cónyuge del adicto sexual puede considerarse como un codependiente. Ambos cónyuges son generalmente personalidades narcisísticas y funcionan en un nivel similar.

4. Aventuras de nido vacío. Típicamente, los participantes son hombres de mediana edad que han estado casados durante 20 o más años y se consideran a sí mismos como hombres de familia. Quizás nunca hayan tenido un fuerte vínculo emocional con sus esposas.

En la aventura de nido vacío, el matrimonio se siente vacío, a diferencia de la aventura de adicción sexual, en la que el individuo se siente vacío. Los cónyuges han compartido una habitación durante años y han llevado vidas muy separadas. La comunicación se limita a asuntos prácticos, como sacar afuera la basura, o las necesidades sociales. Los participantes de las aventuras de nido vacío no hacen alarde de su implicación, como los adictos sexuales. La aventura misma es una relación seria, con una historia de cinco o diez años, si no más. Estas aventuras producen heridas mortales a los matrimonios que aún no están muertos.

Hasta hace poco, las mujeres casadas rara vez se involucraban en aventuras de nido vacío. Aunque aún son pocas en número, su participación parece ser un fenómeno creciente. Como grupo, suelen ser más jóvenes, generalmente en sus treinta o a principios de los cuarenta, a diferencia de sus contrapartes masculinos que están en sus cuarenta, cincuenta, o sesenta.

Existen dos variantes de la aventura de nido

vacío: “por favor cuídala de modo que pueda abandonarla” y “no te quiero pero no puedo estar sin ti”.

5. Aventura de puertas afuera. “Ayúdame a hacerlo de puertas afuera” es el mensaje que transmite la aventura de puertas afuera. Cualquiera de los cónyuges puede deslizarse en este tipo de aventura cuando piensan en terminar el matrimonio.

El propósito es doble: en la superficie es la búsqueda de la propia validación, mientras que mucho más profundo yace el deseo de evitar tomar la responsabilidad de terminar el matrimonio. Una aventura, si es descubierta, podría hacer que el cónyuge termine el matrimonio. Para cierta gente esto parece infinitamente más fácil que enfrentar el dolor y las recriminaciones del cónyuge. Por lo menos la aventura es una distracción de las dificultades y la pena de terminar la relación.

Cuando el propósito principal de la aventura es hacer que el otro cónyuge asuma la responsabilidad de terminar el matrimonio, el cónyuge “infidel” se asegura (inconscientemente) que la aventura sea descubierta. Muchos que tienen la aventura se han sentido desilusionados, al descubrir, que incluso con una aventura, el cónyuge no terminará la relación.

Como se puede observar, en todos los tipos de aventuras, excepto en la del nido vacío, la aventura se lleva a cabo en parte, para ser descubierta, por lo tanto, desde el punto de vista clínico nos encontraremos con que la pareja viene a la terapia conociendo la existencia de la aventura, el descubrimiento de esta, es lo que desencadena la crisis y en muchos casos la búsqueda de ayuda terapéutica.

El terapeuta debe ayudar a los cónyuges a cambiar su posición de lucha, a una que trate la aventura como el síntoma de un problema marital. Esto se realiza desarrollando una definición compartida del problema marital, la cual luego se convierte en la base de la terapia. Esta definición debe incorporar aquellos aportes recíprocos de los cónyuges que establecieron el escenario para la aventura. El concepto de colusión nos ayuda a entender la dinámica inconsciente común en la pareja.

Entendemos por colusión (Willi, 1978):

1. El juego conjunto no confesado, oculto recíprocamente, de dos o más compañeros a causa de un conflicto fundamental similar no superado.
2. El conflicto fundamental no superado actúa en distintos papeles, lo que permite tener la impresión de que uno de los miembros es lo contrario del otro, pero se trata meramente de variantes polarizadas de lo mismo.
3. La conexión en el conflicto fundamental similar favorece, en las relaciones de pareja, los intentos de curación individual, progresiva (supercompensadora) en un consorte y regresiva en el otro.
4. Este comportamiento de defensa progresivo y regresivo produce, en parte importante, la atracción y aferramiento diádico de los cónyuges. Cada uno de ellos espera que el otro le libere de su propio conflicto. Ambos creen estar asegurados por el consorte en la defensa contra sus propias angustias, hasta tal punto que creen posible y accesible una satisfacción de la necesidad en medida no alcanzada hasta entonces.
5. En una larga simbiosis fracasa este intento colusivo de curación individual a causa de la vuelta de lo desplazado que tiene lugar en ambos consortes. Las porciones (delegadas o externalizadas) transferidas al otro cónyuge vuelven, incrementadas, al propio Yo.

Se describen cuatro esquemas fundamentales del juego conjunto inconsciente de los miembros de la pareja:

- La colusión narcisista con el tema “del amor como ser uno mismo”.
- La colusión oral con el tema “del amor como preocupación del uno por el otro”.
- La colusión anal con el tema “del amor como pertenecerse el uno al otro”.
- La colusión fálico-edipal con el tema “del amor como afirmación masculina”.

A cada tipología de la aventura, le corresponde un tipo de colusión:

1. Aventura de evitación del conflicto: Colusión narcisista-oral. Fase de idealización.
2. Aventura de evitación de la intimidad: Colusión oral-anal.

3. Aventura de adicción sexual: Colusión narcisista.
4. Aventura de nido vacío: Colusión oral-fálico-edipal.
5. Aventura de puertas para afuera: Colusión anal.

Teniendo en cuenta sólo a la pareja, es esta, después que se revela la aventura, al analizar el significado de la misma, quien decide si sigue o no con la aventura, no el "infiel".

A más largo plazo, se trabaja con la pareja, desde el concepto de colusión.

Tratamiento de la crisis.

Las relaciones extramaritales pertenecen a las causas exteriores más frecuentes que conducen a una pareja a terapia de pareja. Los psicoterapeutas se esfuerzan fundamentalmente en adoptar una actitud imparcial y dejan al arbitrio de la pareja el que intenten acomodarse a ese amorío extraconyugal, o quieran disolver su matrimonio, o deban abandonar dicha relación extramarital. Pero en la literatura psicoterapéutica llama la atención cómo se va dibujando un cambio en las ideas de valor de los terapeutas. "Todavía hace pocos años, cuando uno no se mostraba apto para una relación bipersonal estable y duradera, sino que se lanzaba a relaciones fuera del matrimonio, inmediatamente se le achacaba incapacidad neurótica para un compromiso estable, temor a la intimidad o afán de afirmación fálica. Para explicar su conducta, era justificada con actos de la historia de su vida que le impedían una relación bipersonal exclusiva. Hoy se puede apreciar una tendencia a la inversa. La pretensión de la fidelidad conyugal es para uno sospechosa de neurosis. Se ponen los celos en conexión con deseos infantiles de dependencia, miedo a la separación, deseo de posesión, etc., y son causa de tratamiento psicoterapéutico". (Willi, 1978)

Los profesionales de la salud mental necesitan llegar a estar bien informados sobre el significado de las aventuras y sobre las cuestiones de su tratamiento. Aún más importante, necesitamos comprender cómo nuestros propios sentimientos, conflictos, deseos, temores y experiencias con las aventuras, pueden influir en nuestro trabajo con los pacientes. Cuando podemos separar nuestras propias cuestiones de las de nuestros pacientes, podemos compro-

meternos en el proceso de la terapia de una manera honesta, comprensiva y terapéutica.

La revelación de una aventura precipita una crisis para la mayoría de las parejas. La crisis es una oportunidad que hay que aprovechar para crecer, pero la mayoría de las parejas no saben cómo utilizar la crisis de forma productiva. Están atrapados en el dolor, la rabia, y la culpa de la aventura y no son capaces de ver más allá de la misma. Para ser eficaz, el terapeuta tiene que superar la obsesión con la aventura y llegar a los problemas fundamentales de la pareja. Esto requiere dejar de concentrarse en lo que está bien y está mal y enfocar los conflictos que comprenden motivaciones inconscientes. Esta es la tarea principal en la fase de crisis. Es una tarea ardua que requiere perseverancia por parte del terapeuta. Para la pareja, significa dejar la culpa a cambio de la esperanza de ser comprendidos y de poder comprenderse a sí mismos y al otro.

La naturaleza de la obsesión.

La obsesión funciona como una manera de evitar los problemas que la pareja no ha estado dispuesta a enfrentar antes en su relación y que el cónyuge aún no desea enfrentar. El cónyuge toma la delantera en esta parte del drama, mientras que el que tuvo la aventura intenta apaciguar y disculparse. No importa lo mucho que apacigüe o se disculpe, nunca es suficiente.

La obsesión se produce con todos los tipos de aventuras. Lo extrema que sea depende de la naturaleza de los problemas personales irresueltos del cónyuge y de cómo se trate la obsesión. Los temas comunes que indaga el cónyuge incluyen la rabia de que alguien más esté cosechando las recompensas de sus esfuerzos, sentimientos de celos y abandono, una sensación de ser traicionado, victimizado, o castigado, pena de sentirse rechazado, e impotencia abrumadora.

La historia personal y la obsesión.

Si el abandono, la traición, o el secreto formaban parte de la herencia familiar del cónyuge —y a menudo es así— esta traición hará aparecer algunos de esos viejos fantasmas. Cuando la aventura y la pérdida que representa amenazan la personalidad misma del cónyuge, la sensación básica de abandono se combate con una mayor obsesión. A los cónyuges que

son emocionalmente dependientes, o co-dependientes, les resulta particularmente difícil abandonar su obsesión. En aquellos casos extremos en los que el cónyuge celoso comete un homicidio, parece probable que la obsesión, cuando se la combina con fragilidad emocional, impulsividad y una historia de abandono, constituye un factor altamente contribuyente.

La aceptación de los roles tradicionales del sexo también tiene un impacto en los sentimientos que alimentan la obsesión. Cuando el hombre tiene la aventura, la obsesión de la mujer puede ser una defensa contra su miedo de haber sido considerada deficiente como esposa. El hombre cuya esposa tiene una aventura es más probable que se obsesione como una defensa contra el sentimiento de que su hombría está en juego, contra los temores con respecto a su cumplimiento como marido.

En esto, la dinámica del poder entre los cónyuges es importante tenerla en mente. Con anterioridad a la aventura, el que tiene la aventura era el cónyuge más insatisfecho y el que tenía menos poder. La aventura cambia el balance del poder, y este pasa a una posición más poderosa. El cónyuge, enfadado por el cambio en el poder así como por la aventura, intenta reconquistar el rol más poderoso obsesionándose con la aventura y la traición del que tuvo la aventura.

Intervenciones para reducir la obsesión.

El ciclo funciona así: "¿Cómo me pudiste hacer una cosa así?. Y luego me mentiste. Esto duele tanto. ¿Cómo pudiste?. ¿Qué es lo que tiene ella que es mucho mejor que yo?. No puedo soportarlo". El cónyuge probablemente ha repetido esto miles de veces. Necesita repetirlo una vez más, de modo que sepa que ud. lo sabe, pero dos mil veces no va a cambiar nada, ni tampoco una repetición continua. Es útil para todos, incluidos los terapeutas, limitar la discusión de la aventura durante una primera fase del tratamiento.

Razonamiento para atravesar la obsesión.

Como terapeutas, necesitamos dominar nuestra tentación de proteger al cónyuge que obviamente siente un gran dolor. Podemos apoyarlo, reconociendo la pena y la rabia, pero debemos llevar al cónyuge al reconocimiento de los problemas fundamentales de la pareja. Si somos abiertamente compasivos o violentos,

estamos aceptando la idea de que el problema se encuentra en el que tuvo la aventura. El colorario de esta idea es que el cónyuge es la víctima. Adoptar esta estructura hace que sea imposible un tratamiento eficaz.

La obsesión con la aventura es el enemigo más grande del cónyuge —la obsesión continua es una garantía de que la relación terminará.

Técnicas para reducir la obsesión.

En la etapa inicial del tratamiento, hay muchos temas y sentimientos que abordar y contener. Estamos tratando la rabia, la culpa, la traición, y la humillación, al tiempo que intentamos identificar el tipo de aventura, calmar la situación, prevenir la conducta impulsiva, reducir la obsesión, y redefinir la aventura como un problema conjunto.

Es bien sabido que la persona que tiene el poder en una situación es la que define el problema y hace que aquellos involucrados estén de acuerdo con esa definición. Cuando se trata la obsesión, es importante que el terapeuta sea el que tiene el poder. Sin una definición compartida, no serán capaces de trabajar en sus problemas mutuos.

Otras estrategias terapéuticas.

Enfatice en tomarse el tiempo suficiente y en examinar todas las opciones. A menudo creen que no tienen otras opciones más que soportar o terminar la relación. Ayúdelos a identificar otras opciones, tales como demorar cualquier decisión por un mes o explorar su capacidad para cambiar aquellas cosas que no les gustan. Desafíelos preguntándoles si están dispuestos a enfrentar este problema difícil.

Prevenga las decisiones prematuras. Puede sugerir que no se tomen decisiones sobre la relación hasta que se den cuenta de cómo llegaron a la situación actual.

Tan pronto como sea posible, obtenga una buena historia familiar que incluya información sobre las pautas sexuales y otras aventuras en la familia. Ayude a la pareja a ver las conexiones entre las pautas familiares y las cuestiones actuales. Los genogramas (ver McGoldrick & Gerson, 1985) son una herramienta útil para destacar las pautas dentro de la familia.

Las intervenciones que redefinen la aventura algunas veces son útiles. Puede descalificar la aventura diciendo "ése no el problema" y regresar a la tarea principal. Si eso no funciona, puede paradójicamente elogiar la aventura: "Debe haber sido una relación maravillosa para que le presten tanta atención". Con el cónyuge histérico sugiera, "Está teniendo una aventura con esa aventura. ¿Es lo que desea hacer?". Si existe algo que no desea hacer, es validar la aventura.

Manejando la obsesión persistente.

Para algunos cónyuges es más difícil que para otros salir de la obsesión. La obsesión persistente puede ser activa o pasiva; la extrema falta de sensibilidad también es obsesiva. La obsesión es más difícil de manejar cuando

1. El cónyuge carece de una adecuada autoestima.
2. Cuando su identidad está atada a la de su compañero/a, o
3. Cuando la aventura repite de alguna manera las cuestiones no resueltas de su pasado.

Con estos cónyuges, explore las cuestiones fundamentales que hacen tan difícil aceptar la responsabilidad de los problemas maritales.

A algunos terapeutas les preocupa presionar demasiado a un cónyuge obsesivo. En la medida que la confrontación se realice con cuidado, con respecto por el dolor del cónyuge, esto es casi imposible. No se le pide al cónyuge que abandone los sentimientos de pena y rabia, solamente la obsesión con la aventura.

El objetivo del manejo de la obsesión es hacer que ambos cónyuges trabajen en las cuestiones que han estado evitando.

Comprensión psicoanalítica de las aventuras.

"A medida que, a lo largo de los años, uno se vuelve más capaz de amar en profundidad y apreciar con realismo a otro como parte de su vida personal y social, él o ella puede encontrar partenaires posibles, que podrían ser no menos satisfactorios o incluso mejores. De modo que la madurez emocional no asegura una estabilidad sin conflictos para la pareja. El compromiso profundo con una persona y los valores y

experiencias de una vida compartida enriquecen y protegen la estabilidad de la relación, pero si el autoconocimiento y la autoconciencia son profundos, cada partenaire puede experimentar, de tiempo en tiempo, el deseo de otras relaciones (cuya posibilidad puede haber sido evaluada con realismo) y repetidos renunciamentos. Ahora bien, renunciar a un deseo puede añadir también profundidad a la vida del individuo y la pareja, y la reorientación de los anhelos, fantasías y tensiones sexuales dentro de la relación de pareja puede constituir una dimensión adicional, oscura y compleja de su vida amorosa. En el análisis final, todas las relaciones humanas deben terminar, y la amenaza de pérdida y abandono y, en última instancia, de muerte, es mayor allí donde el amor ha sido más profundo; la consciencia de esto también lo profundiza. De hecho, la capacidad para la discontinuidad en la relación desempeña un papel central en su mantenimiento." (Kernberg, 1995).

Las triangulaciones

Las triangulaciones directas e inversas, constituyen los guiones inconscientes más frecuentes y típicos, que en el peor de los casos destruyen la pareja, o en el mejor refuerzan su intimidad y estabilidad. Kernberg, llama triangulaciones directas a la fantasía inconsciente de ambos partenaires con un tercero excluido, un miembro idealizado del género del sujeto: el rival temido que duplica al rival edípico. Todo hombre y toda mujer teme consciente o inconscientemente la presencia de alguien que sería más satisfactorio para su pareja; este tercero es el origen de la inseguridad emocional en la intimidad sexual, y los celos como señal de alarma que protege la integridad de la relación.

La triangulación inversa es la fantasía compensadora y vengativa de compromiso con una persona que no sea el partenaire, un miembro idealizado del otro género que representa el objeto edípico deseado, con lo cual se establece una relación triangular en la que el sujeto es cortejado por dos miembros del otro género, en lugar de tener que competir con el rival edípico del mismo género por el objeto edípico idealizado del otro género. Kernberg propone que, en vista de estas dos fantasías universales, en el plano de la fantasía, potencialmente, la cama siempre es compartida por seis personas: la pareja, sus respectivos rivales

edípicos inconscientes y sus respectivos ideales edípicos inconscientes.

Una forma que toma a menudo la agresión relacionada con los conflictos edípicos (en la práctica clínica y en la vida diaria) es la colusión inconsciente de ambos partenaires para encontrar realmente una tercera persona que represente, de manera condensada, el ideal de uno y el rival del otro. Esto implica que lo más frecuente es que la infidelidad marital, las relaciones triangulares breves y las duraderas, reflejen colusiones inconscientes en la pareja, la tentación de escenificar lo más temido y deseado. En el cuadro entra una dinámica homosexual y heterosexual, porque el rival inconsciente es también un objeto deseado sexualmente en el conflicto edípico negativo: la víctima de la infidelidad a menudo se identifica inconscientemente con el partenaire que traiciona, en fantasías sexuales acerca de la relación de este último con el rival odiado con celos. Cuando la patología narcisista severa en uno o ambos miembros de la pareja hace imposible que haya capacidad para los celos normales —una capacidad que implica lograr una cierta tolerancia a la rivalidad edípica—, es fácil que estas triangulaciones se escenifiquen.

La pareja capaz de mantener su intimidad sexual, de protegerse contra la invasión de terceros, no sólo conserva sus límites convencionales obvios sino que también reafirma, en su lucha contra los rivales, la gratificación inconsciente de la fantasía del tercero excluido, un triunfo edípico y una sutil rebelión edípica al mismo tiempo. Las fantasías sobre el tercero excluido son componentes típicos de las relaciones normales. La contracara de la intimidad sexual que permite el goce de la sexualidad perversa polimorfa es el disfrute de fantasías sexuales secretas que, de manera sublimada, expresan la agresión hacia el objeto amado. La intimidad sexual nos presenta entonces una discontinuidad más: la discontinuidad entre los encuentros sexuales en los que ambos partenaires quedan completamente absorbidos y se identifican recíprocamente, y los encuentros sexuales en los que se escenifican guiones fantaseados secretos, con lo cual se lleva a la relación las ambivalencias irresueltas de la situación edípica.

Si bien la disociación frecuente del amor erótico respecto del amor tierno es la dinámica subyacente de muchas relaciones triangulares prolon-

gadas, también lo es la búsqueda de un partenaire que compense frustraciones importantes. Algunas relaciones extramaritales tienen como función principal proteger al matrimonio de un aspecto suyo inconscientemente temido, y en realidad lo consolidan al reducir su nivel de intimidación. La culpa inconsciente por la naturaleza gratificante y realizadora de una relación amorosa, en particular un matrimonio, puede reflejar los efectos de una patología del superyo en uno o ambos partenaires.

A veces la elección de un partenaire incluye esfuerzos por curar la propia patología. Un hombre con autoengrandecimiento narcisista, desvalorización cínica del compromiso con los valores éticos y la convicción de que el mundo es hedonista y egocéntrico puede escoger a una mujer con un profundo compromiso con los valores éticos y un hondo aprecio a esos valores en los otros. Al ser atraído por esa mujer y tentado a pisotear sus valores como parte de una compulsión de repetición de sus conflictos narcisistas, quizá también escenifique la esperanza inconsciente de que ella triunfe moralmente sobre su cinismo. De este modo, los esfuerzos curativos pueden desarrollarse en los sistemas del ideal del yo de la pareja y en los conflictos pasados inconscientes.

A veces, cuando un partenaire mantiene una relación con un tercero, ésta es preliminar a la destrucción de la pareja (es decir, la pareja o el matrimonio se disuelve y da origen a una nueva formación de pareja); otras veces, el matrimonio parece estabilizarse con la presencia del tercero. En este último caso hay diversos desenlaces posibles. A menudo, la aventura de uno de los partenaires permite la expresión estabilizadora de los conflictos edípicos no resueltos. Una mujer frígida con el marido y sexualmente satisfecha por el amante quizás experimente un estremecimiento consciente y una sensación de satisfacción que sostienen el matrimonio, aunque inconscientemente disfruta del esposo como representante transferencial odiado del padre edípico. En la relación dual, experimenta un triunfo inconsciente sobre el padre que tenía a la madre y a ella bajo su control, mientras que ahora ella es quien tiene a dos hombres bajo el suyo. El deseo de tener una aventura puede también derivar de la culpa inconsciente por experimentar la relación matrimonial como un triunfo edípico, sin animarse a establecer una identificación total con la madre edípica; ese juego a la ruleta rusa con el matri-

monio es entonces acting out del conflicto entre el deseo y la culpa.

Paradójicamente, cuanto más profundas y completas se vuelven estas relaciones marital y extramarital paralelas, más tienden a la destrucción, porque la escisión de la representación objetal alcanzada a través de la situación triangular finalmente se va perdiendo. Las relaciones paralelas, con el paso del tiempo, tienden progresivamente a parecerse, imponiendo una carga psicológica cada vez más difícil de sobrellevar. Que estas relaciones se mantengan secretas o se las acepte abiertamente depende por supuesto de otro factores, como por ejemplo la medida en que los conflictos sadomasoquistas desempeñan un papel en la interacción marital. Lo más frecuente es que la "apertura" en cuanto a las relaciones extramatrimoniales sea una interacción sadomasoquista y refleje la necesidad de expresar agresión o defenderse de sentimientos de culpa.

Las situaciones triangulares, en especial las que incluyen una relación extramarital duradera y estable, pueden tener efectos complejos y variables sobre la relación de la pareja primaria. Las relaciones triangulares estables por lo general reflejan diversos tipos de formaciones de compromiso que involucran conflictos edípicos no resueltos. Pueden proteger a la pareja contra la expresión directa de algunos tipos de agresión, pero en la mayoría de los casos declina la capacidad para la intimidad y profundidad reales, como precio por la protección obtenida.

Cuanto más abierta, indiscriminada y promiscua sea la conducta sexual, más probable es que la psicopatología de la pareja contenga rasgos preedípicos con predominio de la agresión y necesidades sexuales infantiles perversas polimorfas. Entre los miembros de la pareja se produce un deterioro progresivo de las relaciones objetales internalizadas y del goce sexual.

El papel de los objetos escindidos

Desde la teoría de las relaciones objetales se contemplan las aventuras extramaritales como representantes de aspectos que han sido escindidos y puestos fuera de los límites de la relación de pareja.

La escisión del vínculo físico del vínculo marital

implica la incapacidad del individuo para lograr una integración de su vida objetal —esto es, conseguir la posición depresiva— dentro del contexto marital.

Es frecuente en la elección de pareja, encontrar alguien con un funcionamiento complementario: un hombre quien proyecta un rasgo de su carácter escindido puede encontrar una esposa dispuesta a aceptar esa proyección, mientras ella le asigna un papel complementario a él. Por ejemplo, un marido puede negar la debilidad en sí mismo al encontrar una esposa dependiente a quien tenga que cuidar. Al mismo tiempo, ella le asigna la fuerza pero quizás también una cualidad de insensible mientras ella adquiere la función de "sensibilidad" por los dos. Según avanza el matrimonio, estas divisiones del self y del otro, no pueden prolongarse, conduciendo a renovar los intentos de encontrar a personas que puedan ser recipientes de las proyecciones.

Desde su primera aparición durante la infancia, la escisión ocurre al servicio de temáticas en cada nivel del desarrollo. Ya que cada etapa del desarrollo se apoya en la base de etapas previas, una debilidad temprana en esta capacidad integrativa pasa por pasos subsiguientes, asumiendo un nuevo significado en cada nueva etapa. Así, entendido en el nivel de vinculación más temprano, —es decir, en la etapa oral— la escisión de objetos, que toma la forma literal de aventuras sexuales, puede significar una vinculación demasiado íntima y simbiótica contra la cual se lucha, y/o puede hablar de una separación de la pareja como objeto primario. La dificultad de contener los objetos buenos y malos dentro de la vinculación única puede funcionar para protegerse uno mismo de la frustración y la agresión de manos del objeto. En la etapa siguiente de separación e individuación que aproximadamente corresponde al nivel del desarrollo anal, los temas de la aproximación son tratados a través del intento de controlar el objeto. La persona intenta mantener el acceso al objeto a través de diversas maniobras, dividiéndolo en piezas (por ejemplo a través de múltiples aventuras), dominándolo, y controlando su acceso a la persona misma sin ceder a la dominación por el objeto. La agresión es crucial aquí, en el servicio de las luchas por el control, como lo es en todos los niveles de escisión. En la fase fálica-narcisista, la persona puede utilizar el control del objeto para mantener una reflexión

favorable o de confianza en sí mismo y para evitar las amenazas de la castración.

Herbert S. Strean ha clasificado la dinámica inconsciente del individuo que tiene una aventura extra-marital en cuatro grupos superpuestos que él cree que contienen lo esencial de la mayoría de las aventuras:

1. La pareja es un objeto incestuoso con quien el sexo es prohibido;
2. La pareja como personificación del super Yo contra el cual se lucha;
3. La aventura como una expresión de la bisexualidad especialmente en situaciones de personalidad múltiple y
4. La aventura como una defensa contra una relación simbiótica con la pareja.

Finalmente, cuando la escisión sirve al tema del desarrollo edipal, el foco estará simultáneamente en la evitación y el mantenimiento de los aspectos incestuosos del vínculo sexual. Toda sexualidad adulta desciende de las experiencias que uno ha tenido con sus padres, pero los temas edipales no elaborados ni sublimados, muchas veces, son la parte principal de los temas que causan las aventuras. (Por otra parte, la presencia de una aventura no debe causar la presunción del desarrollo edipal). La recreación de una situación triangular y los intentos de recuperar un equilibrio perdido entre la madre y el padre tienen tantas versiones que no podemos enumerarlas aquí. Podemos decir que el "actuar" los temas edipales en vez de incorporarlos dentro del matrimonio suele ser una solución inmadura o patológica. La propensión de "actuar" estas escisiones en vez de resolverlas dentro de una relación constituye una falla temprana que continúa a través de todos los niveles del desarrollo.

El papel del secreto.

Otro elemento importante en la aventura extra-marital es el papel del secreto. Alfred Gross destaca que la función de tener secretos cambia según la etapa psicosexual de la persona. En la etapa anal, la necesidad de tener un secreto es la necesidad de controlar una posesión y retener el objeto. Según se desarrolla el niño, el conflicto se manifiesta en los impulsos ambivalentes de retener o entregar el secreto. En la etapa fálica se suele usar el secreto al servicio del exhibicionismo narcisístico, y finalmente en la etapa edípica, es usado como un medio para iniciar amistades,

mantener la confianza, y como una ayuda para seducir. En el periodo edípico, la neurosis infantil puede adoptar la cualidad de secreto en la que "el niño puede identificar el secreto con los órganos genitales adultos y por este u otro medio, internalizar el secreto como un sustituto de sus deseos edípicos e incorporarlo a su Yo".

Si ampliamos la introspección de Gross sobre los secretos y lo aplicamos a las aventuras como la vida secreta del matrimonio, podemos ver como pueden expresar diferentes aspectos de la relación.

- I. El secreto de la aventura puede ser más importante que la relación sexual en sí misma expresando distancia y resentimiento hacia la pareja. Esto puede tener la cualidad del control anal del objeto —"no te doy todo de mí porque me hago cargo de mí mismo" —o de una defensa contra la fusión simbiótica más temprana —"mi intimidad sexual está con otro. Por lo tanto, estoy separado de ti". O puede expresar un exhibicionismo —"mira lo que puedo hacer. Soy más poderoso que lo que me permites ser". O puede reflejar una relación edípica —"puedo tener el padre/madre quien tú como mi madre/padre no me permitiría tener si lo supieras".
- II. Desde otro punto de vista, el secreto puede ser mantenido en desafío del objeto anti-libidinal como super Yo, para mantener el vínculo, mientras se permite el placer auto-prohibido.
- III. Finalmente, el secreto puede ser compartido por los dos miembros de la pareja, consciente o inconscientemente en una solución falsa de los temas edípicos y en un intento de tener una intimidad alrededor del secreto que no pueden tener directamente a través del sexo. En esta motivación paradójicamente constructiva, el secreto compartido, puede ser también un intento de introducir algo de amor físico a un matrimonio en el que falta ese amor, para mantener el matrimonio mismo.

Por supuesto, la perspectiva alternativa es también importante. ¿Cuál es el papel del secreto entre el esposo/a y el/la amante?. La misma dinámica se aplica aquí, y puede ser edípico, simbiótico, o al servicio de controlar la agresión. Por ejemplo, los amantes pueden estar compartiendo una intimidad cuyo secreto

es la victoria edípica compartida y esta victoria compartida constituye el patetismo principal de su relación. No obstante, para otros, el secreto compartido puede existir para establecer una simbiosis libre del objeto materno amenazante, para probar que el objeto malo no está "consciente" en el romance secreto.

La identificación sexual.

Uno de los temas más frecuentes en la génesis de las aventuras extramaritales es la identificación con la madre o el padre. La identificación adulta con los padres, que es actuada, representa un regreso a la identificación infantil con el padre o la madre en una constelación fantástica.

La comprensión de las aventuras extramaritales como representaciones de barreras a las relaciones objetales completas dentro del matrimonio conduce a muchos temas que debilitan este logro. Fuentes de la historia temprana objetal y las fases del desarrollo de cada miembro de una pareja y de la familia completa ofrecen nuevos ataques sobre el matrimonio vulnerable. En algunas circunstancias, no obstante, la aventura extramarital puede ser un intento de poner el amor en un matrimonio deprivado. Y a veces, funciona: un compañero desconocedor es empujado hacia un nuevo conocimiento de lo que faltaba, y con o sin más ayuda, la pareja se reorganiza de mejor manera. No obstante, también muchas veces esto no tiene éxito y el esfuerzo no sirve para nada o causa lo contrario a lo que consciente o inconscientemente se buscaba.

Importa grandemente si la relación entre la pareja es una con un marco básicamente seguro y amoroso en el cual algo ha ido mal, o es uno de conflicto crónico y desconfianza en el cual la aventura extramarital sólo es una añadidura a la lista de quejas, una herida más. Esta calidad subyacente del matrimonio es el ingrediente principal en la evaluación de si el asunto extramarital será una diferencia, un intento benigno de conseguir algún afecto o valoración dentro del matrimonio o un asalto maligno en el mismo.

La meta terapéutica consiste en promover niveles más altos de integración de la persona y de las relaciones objetales. Según esta definición de la meta terapéutica, la aventura será vista como una fragmentación del matrimonio, haciendo que sea difícil o imposible para la

pareja unirse aunque pueda servir para propósitos defensivos comunes, en cada uno de los cónyuges.

La integración de las partes escindidas de la relación emocional y sexual, es la tarea del trabajo terapéutico en las parejas cuya dificultad está expresada en parte por la aventura extramarital.

Bibliografía

Atwater, Lynn. *The extramarital connection*. New York: Irvington, 1982.

Berman, E., & Lief, H.I. *Marital therapy from a psychiatric perspective: An overview*. *American Journal of Psychiatry*, 132, 583-592. 1975.

Brown, E. *Patterns of infidelity and their treatment*. New York: Brunner/Mazel, 1991.

Charny, I.W. *Catering and not catering affairs: The proper and improper pursuit of extramarital relationships*. En I.W. Charny (Ed.), *Existential/dialectical marital therapy* (págs. 220-244). New York: Brunnel/Mazel, 1992.

Charny, I.W., & Parnass, S. *The impact of extramarital relationships on the continuation of marriages*. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 21 (2), 110-115, 1995.

Diaz Morfa, J. *Prevención de los conflictos de pareja*. Olalla ediciones, Madrid, 1998.

Glass, S., & Wright, T. *Justifications for extramarital relationships: The association between attitudes, behaviors, and gender*. *The Journal of Sex Research*, 29, 361-387, 1992.

Gross, A. *The secret*. *Bulletin of the Menninger Clinic* 15:37-44. 1951.

Humphrey, F.G., *Extramarital affairs and their treatment by AAMFT therapist*. Paper presented at the meeting of the American Association of Marriage and Family Therapy, New York, NY, Octubre, 1985.

Humphrey, F., *Treating extramarital sexual relationships in sex and couples therapy*. En G. Weeks & L. Hof (Eds.), *Integrating sex and marital therapy: A clinical guide* (págs. 149-170). New York: Brunner/Mazel, 1987.

Kernberg, O. Relaciones amorosas. Normalidad y Patología. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1995.

Lawson, Annette. Adultery: An analysis of love and betrayal. New York: Basic Books. 1988.

McGoldrick, M., & Gerson, R. Genogramas en la evaluación familiar. Gedisa Editorial, Buenos Aires, 1987.

Pittman, F. *Private lies*. New York: Norton, 1987.

Pittman, F. *Turning points: Treating families in transition and crisis*. New York: Norton, 1987.

Scarf, M. *Intimate partners: Patterns in love and marriage*. New York: Random House, 1987.

Scharff, D., & Scharff, J. *Object relations family therapy*. New York: Arosón, 1987.

Scharff, D., & Scharff, J. Object relations couple therapy. New York: Arosón, *Journal of Marriage and the Family*, 46, 35-42, 1995.

Stream, Herbert, S. *The extramarital affair*. New York: The Free Press, 1980.

Thompson, A.P. *Emotional and sexual components of extramarital relations*, 1984.

Vines, N.R. Adult unfolding and marital conflict, *Journal of Marital and Family Therapy*, 5, 2:5-14, 1979.

Weeks, G. R., Treat, S.R. *Couples in Treatment*. Brunner-Routledge, Philadelphia, 2001.

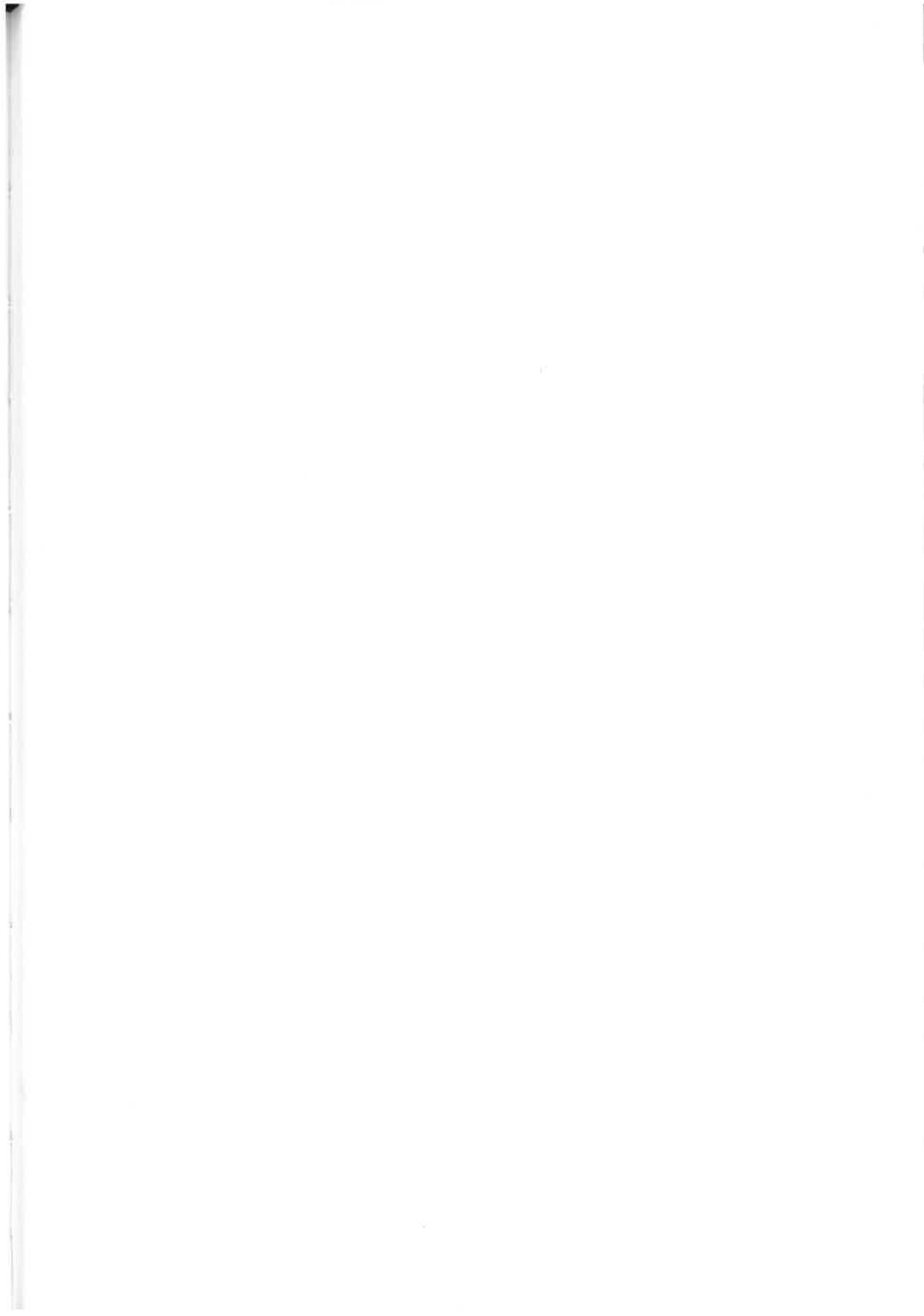
Westfall, April. *Extramarital sex: The treatment of the couple*. In G. R. Weeks (Ed.). *Treating Couples* (pág...163-190). New York: Brunner/Mazel, 1989.

Wiederman, M.W. *Extramarital sex: Prevalence and correlates in a national survey*. *The Journal of Sex Research*, 34(2), 167-174.

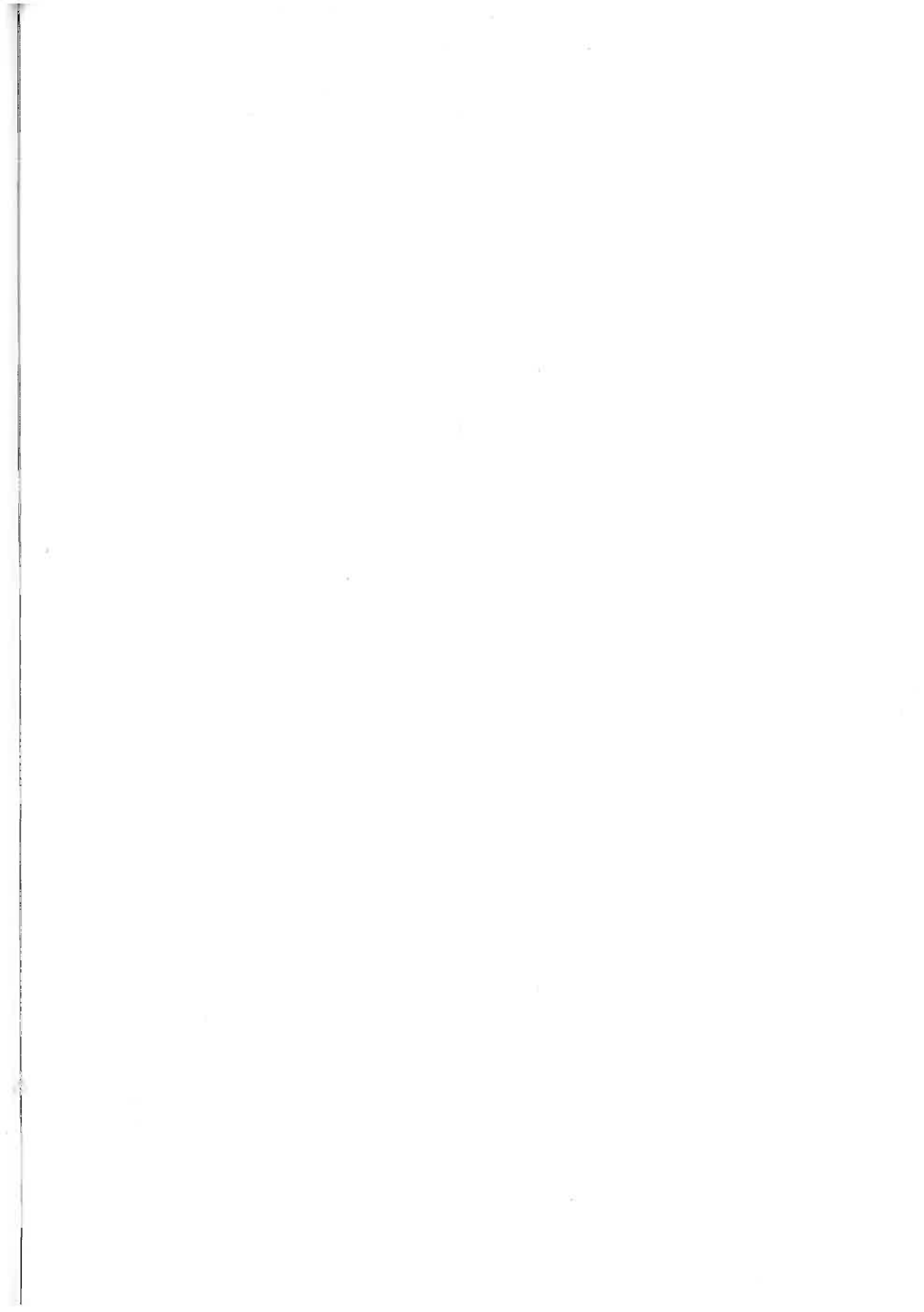
Willi, J., *La pareja humana: relación y conflicto*. Ed. Morata, Madrid, 1978.

Wright, R. *The moral animal: Evolutionary psychology and everyday life*, Pantheon, USA, Agosto, 1994.

Yablonsky, L. *The extra-sex factor: Why over half of America's married men play around*. New York: Times Books, 1979.







ISBN 8-460917-01-0



9 788460 917014