



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***EL PSICODRAMA COMO UNA ALTERNATIVA
TERAPÉUTICA EN EL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO***

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
MIRYAM HOYOS MERCADO

DIRECTOR DE LA TESINA: DR. JAIME WINKLER PYTOWSKY



FACULTAD
DE PSICOLOGÍA

México, D.F.

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO.



EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGÍA.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Señor...no existen palabras en el mundo,
para agradecer y expresarte mi sentimiento
por la oportunidad de vida y de este gran momento.....

Dedico este trabajo con todo mi amor
a mi hijo Jonathan y a mi esposo J. Luis,
perdón por el tiempo robado y gracias
por todo su apoyo y confianza.....

A mis padres y hermanas,
porque siempre creyeron en mí....

Con un agradecimiento especial a los
Doctores Rojas-Bermudez, José A. Espina,
Ernesto Fonseca y Antonio Pintado

A mi Director el Dr. Jaime Winkler
y Asesores Lic. Rosario Muñoz,
Dr. Eduardo Herrasti, Dr. Ramón
Esteban y Lic. J. Carlos Muñoz, por
sus consejos y comentarios

A todas las personas que me
ayudaron y animaron a seguir adelante
en los momentos difíciles.....

..... A todos gracias.

SINTESES

Se parte desde un trastorno mental definido, cuyos síntomas se han descrito a partir de elementos recogidos en clínica, que presentan un conjunto nosológico preciso y completo “LA ESQUIZOFRENIA”.

Trastorno mental que en el ámbito psiquiátrico ha sido catalogado como una psicosis y cuyos síntomas conllevan a una serie de diversas disfunciones de tipo cognoscitivo y emocional que llevan al individuo a una desintegración de su personalidad.

En la búsqueda de un tratamiento psicoterapéutico que permita un mejor nivel de vida al paciente esquizofrénico, se presenta un método que se ha mostrado útil en el manejo de este tipo de pacientes “EL PSICODRAMA”.

Su autor, el Doctor Jacob Levi Moreno, opinaba que el *psicodrama* estimula al hombre de forma integral corrigiendo terapéuticamente la disociación del organismo humano causada por la psicosis. La característica del mundo psicótico es una confusión entre la fantasía y lo real, Moreno creía que es esta visión fragmentada la que se puede revivir con el *psicodrama* con la finalidad de comprender la escisión yoica del paciente aceptándolo tal como es sin tratar de cambiarlo, simplemente jugando sus delirios o alucinaciones.

Es entre estos laberintos de la fantasía y la realidad del mundo del psicótico, que se pretende encontrar y corroborar el camino hacia un tratamiento terapéutico que permita al paciente esquizofrénico una reinserción o readaptación a su mundo social, familiar y, si es posible, laboral.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
Capítulo 1 LA ESQUIZOFRENIA	6
1.1. Antecedentes de la Esquizofrenia	6
1.2. Definición de Esquizofrenia	7
1.3. Características de la Esquizofrenia	8
1.4. Formas clínicas de la Esquizofrenia	15
1.5. Algunas formas clínicas como ha sido tratada la Esquizofrenia.....	16
Capítulo 2 EL PSICODRAMA	21
2.1. Antecedentes del Psicodrama	23
2.2. Conceptos básicos del Psicodrama	26
2.2.1. Espontaneidad y creatividad	26
2.2.2. Conserva cultural	33
2.2.3. La idea del momento	34
2.2.4. La teoría de los roles: concepto de rol.....	34
2.2.5. Tele	36
2.2.6. Atomo social	39
2.2.7. Mecanismos de integración	40
2.3. Fases del Psicodrama	48
2.3.1. Caldeamiento o warming up	48
2.3.2. Acción o dramatización	50
2.3.3. Compartir o sharing	53
2.4. Elementos del psicodrama	55
2.4.1. El Director	55
2.4.2. Yo-auxiliares	67
2.4.3. El protagonista	72
2.4.4. La audiencia	73
2.4.5. El escenario	76
2.5. Técnicas psicodramáticas	78
2.6. Aplicaciones del Psicodrama	81
2.7. El Psicodrama y las Psicosis	87

Capítulo 3	DIFERENTES MODELOS PSICODRAMATICOS DE ABORDAJE TERAPEUTICO CON PACIENTES ESQUIZOFRENICOS	90
	3.1. Modelo de abordaje de J. L. Moreno	90
	3.2. Modelo de abordaje de P. Bour	96
	3.3. Modelo de abordaje de B. Kononovich	98
	3.4. Modelo de abordaje de J. A. Ramírez	103
	3.5. Modelo de abordaje de C. Rosales	105
	3.6. Modelo de abordaje de Caram	131
	3.7. Similitudes y diferencias de los diversos modelos (cuadro comparativo)	134
	3.7.1. Análisis de las similitudes y diferencias entre los diversos modelos	136
	3.8. Evaluación de la efectividad de los modelos	156
Capítulo 4	OBSERVACIONES DENTRO DE UN PSICODRAMA Y SUS BENEFICIOS.....	160
	4.1. Programa de Psicodrama	163
	4.1.1. Metodología	163
	4.1.2. Justificación	163
	4.1.3. Objetivos Generales	163
	4.1.4. Objetivos Específicos	164
	4.1.5. Encuadre	165
	4.1.6. Población	165
	4.2. Descripción de la técnica	165
	4.3. Programa	169
CONCLUSIONES	170
BIBLIOGRAFIA	175
ANEXOS	177

INTRODUCCIÓN

Debido a que la esquizofrenia forma parte de los trastornos mentales más graves es una enfermedad que en la actualidad ha cobrado cada vez mayor relevancia. Por otro lado, existe el reconocimiento de que este padecimiento frecuentemente es crónico; es decir, deja al individuo incapacitado por muchos años e incluso toda la vida.

Dentro del ámbito de la psiquiatría, la esquizofrenia ha sido catalogada como una psicosis, dado que este término se ha empleado en los trastornos mentales en los que se experimentan sensaciones como ideas delirantes y alucinaciones (Garnica, 1998).

Aún cuando existen diversas teorías sobre la etiología de este trastorno mental, no es interés de este trabajo la investigación de la naturaleza de tales diferencias, pues cada una de ellas sería en sí un tema para abordar. Por el momento, bastaría mencionar que la esquizofrenia es una enfermedad multicausal, cuyos síntomas conllevan a una serie de diversas disfunciones de tipo cognoscitivo y emocional (DSM-IV, 1996). Dadas estas características y su repercusión en todos los ámbitos de la vida del individuo, no se han hecho esperar los esfuerzos tanto de científicos como de clínicos por encontrar tratamientos tanto de tipo farmacológico como psicoterapéutico que permitan un mejor nivel de vida al paciente esquizofrénico.

Dentro de los modelos de abordaje a pacientes psiquiátricos, se han empleado una diversidad de técnicas psicoterapéuticas preferencialmente de tipo grupal. Entre ellas podemos encontrar al *psicodrama*, la cual se ha convertido en una alternativa terapéutica para pacientes esquizofrénicos. El método *psicodramático* es básicamente una forma de psicoterapia de grupo,

que comprende una representación estructurada, dirigida y dramatizada de los conflictos personales y emocionales del paciente así como de sus problemas inmediatos de interacción de grupo (Freedman, Kaplan y Sadock, 1980).

El desarrollo del *psicodrama* tuvo sus inicios hace aproximadamente 80 años con el Doctor Jacob Levi Moreno en Viena con su Teatro de la Espontaneidad. El autor (1975, p. 109) lo define como “aquel método que sondea a fondo la verdad del alma a través de la acción” y nos dice que es un método global que integra tanto el cuerpo como las emociones y el pensamiento. Moreno (en Ramírez, 1987) aseguraba que los disturbios emocionales tienen un origen social que se inicia en la infancia, justamente antes de la formación y desarrollo del lenguaje y que las raíces primitivas de esos problemas emocionales, se encontrarían reactivando la musculatura del cuerpo y los centros motores involucrados en tal situación conflictiva. De tal modo que para él, el *psicodrama* estimula al hombre de forma integral corrigiendo terapéuticamente la disociación del organismo humano, causa de la neurosis y psicosis.

El objetivo principal del método psicodramático según lo señala Moreno (1975) es la producción total de la vida. Con el se pretende equiparar al paciente con los conocimientos y habilidades necesarias para llevar una vida apropiada y productiva.

El *psicodrama* ha sido utilizado en diversas áreas como el área educativa, social, laboral y clínica. Para fines de este trabajo toca hablar del *psicodrama* dentro del contexto de la clínica como un método terapéutico empleado en pacientes psicóticos. J. L. Moreno (1890-1974), nos ofrece los primeros indicios de la intervención con técnicas dramáticas con este tipo de pacientes.

Sin embargo, si bien el abordaje de cualquier tipo de paciente tiene suma importancia, es tal vez decisivo cuando se refiere al tratamiento de psicóticos. El estado de estos pacientes, en especial cuando el proceso psicótico se ha afianzado, ha llevado a la necesidad de crear las más diversas formas de abordaje.

Para ello, basados en el trabajo de Jacob Levi Moreno, se retomarán modelos psicodramáticos como los de Pierre Bour (1977), Bernardo Kononovich (1984), J. Agustín Ramírez (1987) y Rosales Fontcuberta (1990), quienes nos narran sus experiencias e intentan fundamentar teóricamente su trabajo con pacientes psicóticos. Otros trabajos más recientes y no por ello menos importantes son los desarrollados por el psicólogo Amín Caram (1998, 2002) del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez”, sobre el abordaje con técnicas psicodramáticas a pacientes esquizofrénicos.

Con todo ello podrá observarse que el “método psicodramático” es una alternativa terapéutica en el manejo del paciente psicótico y que ha sido empleado bajo diferentes marcos y una diversidad de encuadres justificables por sus objetivos y adecuándose a las condiciones de los pacientes.

Aunado al sufrimiento causado por la esquizofrenia, hay que añadir su relativa frecuencia, su aparición en la juventud y su cronicidad, lo cual hacen de esta enfermedad un problema que por sí mismo fomenta y justifica la investigación y fundamentación teórica del *psicodrama* como una alternativa terapéutica del paciente esquizofrénico; alternativa que permita la reinserción o readaptación del paciente a su mundo social, familiar y, si es posible, laboral. Esta tesina ofrece

una propuesta que sintetiza los aportes de estos modelos de abordaje para encontrar similitudes y diferencias dentro de los mismos, que nos permitan una sistematización para la elaboración de un programa con el método psicodramático con pacientes esquizofrénicos.

Para el desarrollo de este trabajo se partirá hablando, en el primer capítulo, de la esquizofrenia. Se verá que la esquizofrenia es una enfermedad que se describe como una psicosis y que su etiología es variada, sin embargo, en este trabajo no nos adentraremos en ese tema. Como ya se había señalado anteriormente. Se definirá a la esquizofrenia como lo hace el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la American Psychiatric Association. Se analizarán características de este trastorno de forma general, para poder entender el mundo del esquizofrénico y el por qué de esa lucha constante del psicólogo clínico por coadyuvar en cuanto a la problemática de esta población.

En el segundo capítulo se hablará del *psicodrama* como técnica terapéutica, sus antecedentes, sus conceptos básicos, sus mecanismos de acción, sus fases, elementos, técnicas psicodramáticas, su aplicación y su efectividad. De modo que nos permita comprender la dinámica del *psicodrama* y sus beneficios en la aplicación en pacientes psicóticos. Para lo que se hace necesario revisar algunos modelos de abordaje que vislumbren las similitudes y diferencias en el manejo de esta técnica con este tipo de pacientes.

En el tercer capítulo se retomarán algunos modelos psicodramáticos que parten de las bases de Moreno y que han sido aplicados en pacientes psiquiátricos. Todo ello con la finalidad de poder elaborar un cuadro comparativo que sintetice las diferencias y similitudes de los

diversos modelos y que permitan dentro del cuarto capítulo hacer una sistematización para la elaboración de un programa de *psicodrama* con pacientes esquizofrénicos.

Esta recopilación pretende sea de utilidad para aquellos estudiantes de la Psicología que tengan interés en el tema, así como la de sembrar la inquietud para realizar estudios posteriores de tipo práctico.

Capítulo 1 LA ESQUIZOFRENIA

Ninguna otra condición de la patología humana ha asombrado tanto y ha sido causa de tanta controversia de la opinión del ser humano como la esquizofrenia. La esquizofrenia es una condición psicológica y médica psiquiátrica cuya sola mención despierta reacciones. La palabra ha sido utilizada en sentido figurado para calificar diversas condiciones, no siempre con acierto. La esquizofrenia es una enfermedad que en la actualidad cobra cada vez mayor relevancia debido a que forma parte de los trastornos mentales más graves.

La esquizofrenia se desarrolla entre la pubertad y los cuarenta años; afecta de igual manera a ambos sexos. Se caracteriza por un grave desequilibrio del pensamiento, de la conducta y de los sentimientos y en una disminución cada vez mayor de interés por las cosas que le rodean; el paciente vive de la imaginación más que de la realidad (Crowcroft, 1971).

Para una mejor comprensión de esta enfermedad, se hace necesario recorrer aunque sea de manera breve el camino de sus antecedentes, así como, la de partir de una definición que nos permita analizar y comprender las características y síntomas de esta enfermedad tan desintegradora de la personalidad.

1.1. Antecedentes de la Esquizofrenia

La esquizofrenia ha sido comparada con la “locura”, término que designa un desorden mental caracterizado por la falta de juicio o de razón. Emil Kraepelin (1855-1926) fue el primer psiquiatra que diferenció de un conjunto de pacientes mentales, las entidades nosológicas de manera precisa y reunió todos estos casos con el nombre de “dementia praecox”.

Para Kraepelin (citado por Arieti, 1965, p. 9), la “dementia praecox” consistía en una especie de locura, caracterizada por una tendencia progresiva hacia un estado de debilitamiento como la indiferencia, la apatía, los sentimientos paradójicos, es decir, hacia la demencia. La denominación “praecox” adquiere un significado: “suponía que el estado de demencia seguiría precozmente o pronto al comienzo de la enfermedad”.

Arieti (op. cit.) señala que más adelante, el término “esquizofrenia” fue creado por E. Bleuler (1857-1930) quien acepta muchos de los conceptos de Kraepelin y lo emplea para agrupar y describir esos síntomas hasta entonces conocidos por “dementia praecox” pero caracterizándolos por la desintegración de las diferentes funciones psíquicas que lo llevan a una transformación profunda y progresiva de la persona. La originalidad de la aportación de Bleuler estriba en sustituir el planteamiento clínico de Kraepelin, por un enfoque psicopatológico. Bleuler quería explicar los síntomas tanto en su estructura como respecto a su contenido psicológico.

Después de una breve historia de las contribuciones clínicas que llevaron a la descripción nosológica de esta enfermedad denominada “esquizofrenia”, es importante para este trabajo dar una definición y recorrer los laberintos de las características y síntomas de esta enfermedad para poder comprender el mundo del esquizofrénico.

1.2. Definición de Esquizofrenia

La palabra esquizofrenia tiene un significado y una etiología. La palabra esquizofrenia se forma de dos raíces griegas, *esquizos*=dividido y *frenos*=mente o inteligencia, en cuyos conceptos ya va implícita la enfermedad. La esquizofrenia es un trastorno mental en el cual la mente está

“partida” o “escindida” entre dos realidades, la realidad externa, y la realidad interna propia del paciente, que para él tiene la misma carga emocional y de veracidad. Estas dos realidades coexisten de forma simultánea en la mente del paciente, creando un estado de conflicto que hace muy difícil su comprensión por parte de quienes observan el fenómeno. Para una definición de la esquizofrenia, se tomará como se señaló en la introducción (p. 4) la del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la American Psychiatric Association, ya que conforma un criterio aceptado a nivel mundial, en lo que se refiere a la esquizofrenia como “una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase afectiva (p. Ej., dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos” (pág. 279).

Sin embargo, una definición no es suficiente para comprender una enfermedad, para ello es necesario conocer las características principales que permitan un panorama más amplio. La esquizofrenia es una enfermedad mental definida, cuyos síntomas se han descrito a partir de elementos recogidos en clínica que presentan un conjunto nosológico preciso y completo (Heuyer, 1978). A continuación se analizará las principales características.

1.3. Características de la Esquizofrenia

En psiquiatría, la esquizofrenia se describe como una psicosis. El término psicosis se ha reservado a los trastornos mentales caracterizados por alteraciones en el estado de ánimo, desorganización del pensamiento y un retiro asociado del mundo real, que se manifiestan por

medio de sensaciones como: ideas fuera de lo común, percepciones anormales y pérdida de la prueba de realidad (Garnica, 1998).

Menninger (citado por Freedman, Kaplan y Sadock, 1980, p. 230) enumera cinco síndromes clásicos que acompañan la mayoría de patrones psicóticos:

- 1) *sentimientos penetrantes de tristeza, culpa e imperfección;*
- 2) *excitación excéntrica, desordenada acompañada de una producción verbal y motora excesiva;*
- 3) *regresión autista, manierismos del lenguaje y de la conducta, ideas delirantes, indiferencia a las expectativas sociales;*
- 4) *preocupaciones delirantes acompañadas de actitudes de defensa, desconfianza o grandiosidad;*
- 5) *estados de delirio confusos con desorientación y alucinaciones.*

Es común dividir las psicosis en psicosis orgánicas, que son desequilibrios mentales en que los factores físicos tienen una gran importancia, y psicosis funcionales, cuya causa no se puede atribuir a ningún cambio orgánico. La esquizofrenia es una de las enfermedades graves que pertenecen al segundo grupo y que son de interés para el Psicólogo.

Existen diversas teorías sobre la etiología de la esquizofrenia. Por el momento, cabe mencionar que la esquizofrenia es una enfermedad multicausal, cuyos síntomas característicos implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la atención (DSM-IV, 1996).

Debido a que para entender la esquizofrenia es necesario adentrarse en su sintomatología, se señala que las características esenciales de esta enfermedad, consisten en una mezcla de signos y síntomas peculiares que han estado presentes una parte significativa durante un período de un mes (o durante un tiempo más breve si ha habido tratamiento con éxito) y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos seis meses. Todas estas características, están asociadas a una marcada disfunción social o laboral.

Los síntomas que caracterizan a la esquizofrenia, están conceptualizados como pertenecientes a dos categorías: a) los positivos y b) los negativos.

a) Los síntomas positivos reflejan un exceso o distorsión de las funciones normales; incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico) (DSM-IV, 1996).

Las ideas delirantes son ideas erróneas que implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias y que no es posible corregir por medio del razonamiento. Su contenido puede incluir temas de: persecución, autorreferencia, somáticas, mesiánicas o de grandiosidad. Siendo las ideas de persecución y autorreferencia las más frecuentes.

La sensación de ser controlado por una fuerza misteriosa imposible de ver que ejerce su influencia a distancia, se da en la mayoría de los esquizofrénicos en algún momento de su

enfermedad y para muchos es una experiencia cotidiana. Pueden poseer también ideas delirantes más elaboradas, es decir, la sensación de que sus mentes son controladas por medio de telepatía o hipnosis. El esquizofrénico moderno a menudo expresa ideas delirantes en relación a energía atómica, rayos X o naves espaciales que controlan su mente o su cuerpo (Garnica, 1998).

Las experiencias sensoriales o percepciones sin estímulo externo son síntomas frecuentes de la esquizofrenia. Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial: auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles. Las alucinaciones auditivas, es decir, la audición de voces son las más habituales y características de la esquizofrenia. Las alucinaciones auditivas son experimentadas generalmente como voces, ya sean conocidas o desconocidas, que son percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona. El paciente esquizofrénico puede indicar en ocasiones que estas voces son las de Dios o el diablo; en ocasiones son las de parientes o vecinos; y a menudo el paciente no puede reconocerlas ni comprender lo que dicen. El contenido puede variar, aunque son frecuentes las voces peyorativas o amenazantes (DSM-IV, 1996).

Las alucinaciones visuales se dan con menor frecuencia en pacientes esquizofrénicos, pero no son raras. Estas aparecen tanto durante el día como durante la noche y, en ocasiones, continuamente. Sólo encuentran alivio durante el sueño. Este tipo de alucinaciones casi siempre se dan en combinación con alucinaciones en una de las otras modalidades.

El pensamiento desorganizado, es decir, el “trastorno formal del pensamiento” o la “pérdida de las asociaciones” ha sido considerado por algunos autores, en particular Bleuler, como la característica simple más importante de la esquizofrenia. Las inferencias acerca del

pensamiento se basan principalmente en el lenguaje del sujeto. El lenguaje del esquizofrénico puede presentar diversas formas de desorganización, es decir, el sujeto puede “perder el hilo”, saltando de un tema a otro “pérdida de las asociaciones”; las respuestas pueden no tener relación alguna con las preguntas “tangencialidad”; o el lenguaje puede estar gravemente desorganizado y ser incomprensible “incoherente” (op. cit.).

El esquizofrénico puede considerar que dos cosas son idénticas sólo porque tienen algunas propiedades iguales. Piensa y razona en sus propios términos autistas de acuerdo con su lógica. Puede ser muy inteligente pero sus procesos mentales no le conducen a conclusiones basadas en la realidad o en la lógica universal, no es capaz de diferenciar lo realmente importante de lo irrelevante y pierde la capacidad de generalizar correctamente. Otro síntoma puede ser el bloqueo abrupto del curso del pensamiento y en ocasiones de toda actividad psíquica.

El comportamiento gravemente desorganizado, puede hacerse manifiesto de varias formas, desde tonterías muy infantiles hasta la agitación impredecible que puede ocasionar dificultades en la realización de actividades de la vida cotidiana, como organizar la comida o mantener la higiene o presentar un comportamiento sexual claramente inapropiado.

Los comportamientos motores catatónicos incluyen una importante disminución de la reactividad al entorno, que puede alcanzar un grado extremo de falta de atención (estupor catatónico), manteniendo una postura rígida y resistiéndose a la fuerza ejercida para ser movido (rigidez catatónica), o la resistencia activa a las órdenes o los intentos de ser mandado (negativismo catatónico), o asumir posturas inapropiadas o extrañas (posturas catatónicas) o una

actividad motora excesiva sin propósito o estímulo provocador (agitación catatónica) (DSM-IV, 1996).

Freedman, Kaplan y Sadock (1980, pp. 246-247) opinan al respecto que:

Los cambios en la conducta de un esquizofrénico pueden ser de naturaleza cuantitativa o cualitativa. Como ejemplo de cambio cuantitativo, el paciente presenta habitualmente una disminución general de energía, espontaneidad e iniciativa, aunque en los estadios agudos puede presentar una excitación tal que amenace su propia seguridad y la de las personas que le rodean. Desde el punto de vista cualitativo, la conducta del esquizofrénico es habitualmente poco coordinada, imprevisible, excéntrica o inapropiada. Muchos esquizofrénicos producen la impresión de aislamiento y rigidez.

b) Los síntomas negativos reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales, es decir, comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).

El aplanamiento afectivo es especialmente frecuente y se caracteriza por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y lenguaje corporal. Muchos de los pacientes esquizofrénicos parecen indiferentes o en ocasiones, totalmente apáticos. Otros con una especie de embotamiento emocional menos grave, manifiestan cierta superficialidad emocional o cierta falta de profundidad en sus sentimientos.

La alogia (pobreza del habla) se manifiesta por las réplicas breves, lacónicas y vacías. El sujeto parece tener una disminución de los pensamientos, reflejándose en un descenso de la

fluidez y productividad del habla. El pensamiento de un esquizofrénico se caracteriza simultáneamente por un carácter concreto y simbólico manifestándose en el lenguaje como un medio de autoexpresión más que de comunicación. Sus producciones verbales son a menudo vacías, oscuras.

La abulia se caracteriza por una incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin. El esquizofrénico parece no cooperar en nada y sin razón aparente. No parece fatigado, deprimido o enfadado; es obviamente capaz de realizar movimientos físicos; pero no lleva a cabo ni siquiera aquellas cosas más elementales que se le piden. La persona puede permanecer durante largo tiempo sentado y mostrar poco interés en participar en el trabajo y actividades sociales (DSM-IV, 1996).

Dentro de la clínica y para un mejor manejo de la esquizofrenia se ha dividido a esta enfermedad en algunos subtipos, definidos por su sintomatología predominante.

1.4. Formas clínicas de la Esquizofrenia

Esquizofrenia de Tipo Paranoide
Un tipo de esquizofrenia caracterizada por: <ul style="list-style-type: none">➤ Presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, que suelen estar relacionadas con un tema coherente.➤ No existe la presencia de lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.➤ Su inicio tiende a ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia.➤ Deterioro del rendimiento mínimo o nulo (se observa en pruebas psicológicas o tests cognoscitivos).➤ Mejor pronóstico.
Esquizofrenia de Tipo Desorganizado (conocida como hebefrénica)
Un tipo de esquizofrenia caracterizada por: <ul style="list-style-type: none">➤ Predominan el lenguaje y comportamiento desorganizado, y la afectividad aplanada o inapropiada.➤ Si existen ideas delirantes o alucinaciones, éstas son fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente.➤ No aparecen características del tipo catatónico.➤ Se aprecia un deterioro del rendimiento en las pruebas psicológicas o tests cognoscitivos.
Esquizofrenia de Tipo Catatónico
Un tipo de esquizofrenia caracterizada por: <ul style="list-style-type: none">➤ Marcada alteración psicomotora que puede incluir: inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia.
Esquizofrenia de Tipo Indiferenciado
Un tipo de esquizofrenia caracterizado por: <ul style="list-style-type: none">➤ Incluye ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos.➤ No incluye características del tipo paranoide, desorganizado o catatónico.
Esquizofrenia de Tipo Residual
Un tipo de esquizofrenia caracterizado por: <ul style="list-style-type: none">➤ En el cuadro clínico actual no se hacen patentes los síntomas psicóticos positivos.➤ Manifestaciones continuas de alteración como lo indica la presencia de síntomas negativos.➤ Si existe la presencia de ideas delirantes o alucinaciones, éstas no son muy acusadas y no se acompañan de una carga afectiva fuerte.➤ Su curso puede ser limitado y representar una transición entre un episodio florido y la remisión completa, o bien, puede persistir por muchos años, con o sin exacerbaciones agudas.

Debido a todas estas características de la esquizofrenia y a su repercusión en la vida del individuo, a nivel personal, familiar, económico y social, los esfuerzos de los científicos y clínicos por la búsqueda de tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos no han cedido en su lucha por coadyuvar en cuanto al sufrimiento humano causado por esta enfermedad.

A continuación se indican algunas semblanzas de tratamientos para el paciente esquizofrénico.

1.5. Algunas formas clínicas como ha sido tratada la Esquizofrenia

Como se sabe, en la esquizofrenia se acepta la existencia de un desajuste en determinadas funciones cerebrales que conllevan la aparición de síntomas como: alucinaciones, ideas poco comunes, conductas extravagantes y falta de interés por las cosas, motivo por el cual, la Psiquiatría sugiere la prescripción de un fármaco encaminado a corregir el defecto mencionado.

Existe otro tratamiento conocido con el nombre de terapia electroconvulsiva TEC. Pocos tratamientos médicos causan horror en las personas con su sola mención como este del shock eléctrico. En realidad, no son tan peligrosos como la gente cree, si éstos se realizan con las indicaciones pertinentes. De cualquier manera, es un tratamiento cuya aplicación cada vez es más escasa, gracias a los recursos farmacológicos con que se cuenta.

Otro tratamiento es la psicoterapia. La palabra psicoterapia hace referencia a tratamientos psicológicos y que se trabajan interdisciplinariamente con los tratamientos médicos.

A continuación se detallarán algunas formas empleadas con pacientes esquizofrénicos en la práctica clínica psiquiátrica-psicológica.

En el servicio de Hospital Parcial de Fin de Semana del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez”, se cuenta con un modelo de atención para pacientes esquizofrénicos cuyo objetivo general es: “Proporcionar Atención Integral –diagnóstico, tratamiento y rehabilitación- a pacientes esquizofrénicos con la Modalidad de Hospitalización Parcial (Ojeda, 2000).

Para lograr la totalidad de este objetivo general, se ha propuesto la realización de objetivos más específicos como:

- I. Establecer y/o precisar el diagnóstico de esquizofrenia.
- II. Controlar la sintomatología del paciente.
- III. Fomentar la conciencia de enfermedad y reforzar la adherencia terapéutica.
- IV. Promover la rehabilitación integral (bio-psico-social) del paciente hasta donde sus posibilidades lo permitan.
- V. Incidir de manera indirecta en la mejoría de la calidad de vida tanto del paciente como de su familia.
- VI. Sensibilizar a la familia para favorecer la reinserción del paciente al núcleo familiar y social.
- VII. Promover un cambio de actitud hacia el enfermo mental en la familia.

Todos estos objetivos son logrados mediante actividades que están organizadas a través de tres ejes de abordaje: individual, grupal y familiar. Con modalidades de tratamiento como: terapia individual, terapia familiar, programas psicoeducativos para pacientes y para familiares, así como terapias de grupo.

Otro modelo terapéutico es el que ofrecen Molinero y Mason (1999) para la “Intervención Psicosocial durante las fases específicas del primer-episodio en la Esquizofrenia”. Los autores se refieren al primer-episodio como el período pre-agudo y a los primeros cinco años después del ataque de la enfermedad.

Este modelo delinea tres fases: 1) la fase aguda, 2) la fase curativa, y 3) la fase de mantenimiento. El momento de intervención en cada fase es crucial para ayudar a los pacientes y a sus familiares a entender la enfermedad, evaluar opciones, aceptar el tratamiento y ajustarse a los cambios de la enfermedad.

Las modalidades de tratamiento empleadas en este modelo son: terapia individual, terapia familiar, programas psicoeducativos para pacientes y programas psicoeducativos para familiares, así como terapias de grupo.

Durante la fase aguda se emplea la modalidad individual y la familiar. En esta fase temprana las intervenciones son más positivas cuando se logra un proceso paralelo: 1) trabajo con pacientes y 2) trabajo con familias. Paciente y familia requieren apoyo emocional y ayuda para comprender la necesidad del medicamento en el tratamiento.

A lo largo de la fase curativa, las modalidades son individual, familiar y grupal. La fase curativa sigue a la fase aguda; es el período en que comienzan a disminuir los síntomas psicóticos. En esta fase normalmente se transfiere a los pacientes a un servicio ambulatorio. Esta transición es especialmente difícil para este grupo de pacientes que pueden ser temerosos,

paranóicos, aislados. El apoyo familiar y una alianza terapéutica fuerte son especialmente útiles para ayudar al paciente en la transición al tratamiento continuado.

En la fase de mantenimiento, las modalidades terapéuticas son individual, familiar, programas psicoeducativos con pacientes, con familiares y terapia de grupo. La fase de mantenimiento empieza cuando la psicosis del paciente ha sido resuelta grandemente, si no completamente. La experiencia del tratamiento anterior con el paciente y la familia determinan la cantidad de apoyo psicoeducativo y la terapia familiar requerida en esta fase. Durante esta fase, las técnicas de grupo empleadas son variadas y se integran según las necesidades de los pacientes: técnicas de juego, ejercicio, psicodrama, terapia cognitivo-conductual y los programas psicoeducativos (Moliner y Mason, 1999).

Como podrá observarse, existen diferentes formas de psicoterapia encaminadas a que el paciente esquizofrénico reciba ayuda, éstas pueden ser de forma individual o grupal. Dentro del abordaje psicoterapéutico grupal a pacientes psicóticos, se han empleado una diversidad de técnicas como por ejemplo la terapéutica de grupo transaccional, psicoterapia de apoyo, y en el alivio de algunos síntomas psicóticos específicos la terapia conductista. Otra modalidad psicoterapéutica que se ha empleado con grandes beneficios es el *psicodrama*, la cual se ha convertido en una alternativa para pacientes esquizofrénicos.

El *psicodrama* es esencialmente una forma de psicoterapia de grupo, que comprende una representación estructurada, dirigida y dramatizada de los problemas personales y emocionales

del paciente y sus problemas inmediatos de interacción de grupo (Freedman, Kaplan y Sadock, 1980).

Es de interés para este trabajo la investigación del empleo de este método como una alternativa en el manejo del paciente esquizofrénico. De tal forma que, en el siguiente capítulo se revisan los antecedentes del *psicodrama* así como sus conceptos básicos, sus elementos, sus fases, técnicas y aplicaciones. Situación que nos permita analizar y valorar su pertinencia metodológica psicoterapéutica en el tratamiento de la esquizofrenia.

Capítulo 2 EL PSICODRAMA

El término drama es una palabra griega que significa “acción”, de ahí que Jacob Levi Moreno (1975, p. 109), creador del *psicodrama*, lo definió como “aquel método que sondea a fondo la verdad del alma a través de la acción”.

Podemos encontrar algunas definiciones más recientes como la de Rosales (1990, p. 19), quien nos dice que el *psicodrama* es: “una técnica de psicoterapia de grupo que utiliza fundamentalmente la improvisación dramática mediante el gesto y la palabra”.

Así como la de Bello (2000, p. 24) para quien en su libro “Guía para leer a Moreno”, el *psicodrama* es “un método para coordinar grupos a través de la acción, creado a partir de y para los grupos humanos”.

Pero sea cual sea su definición, es innegable que el *psicodrama* es un método psicoterapéutico que como todos, pretende coadyuvar en cuanto al sufrimiento del ser humano se refiere.

El *psicodrama* es un método global que integra el cuerpo, las emociones y el pensamiento. Existen terapias que se concentran en la parte corporal, como por ejemplo la terapia psicomotora y varios grupos de encuentro; hay otras que hacen énfasis sobre las emociones y sentimientos, como la terapia centrada en el cliente, y por otro lado, existen formas que dependen exclusivamente de la comunicación verbal, como la psicoterapia tradicional. En el *psicodrama* se

integran los tres aspectos con un énfasis particular en la acción corporal para reforzar los sentimientos y las emociones.

Moreno (citado por Ramírez, 1987) sostiene que los recuerdos se intensifican al activar consciente y deliberadamente los músculos del cuerpo, de igual forma se intensificará la imaginación relacionada con esa parte del cuerpo. De tal modo, que la situación conflictiva se hace presente y esta se intensifica, al reavivar los recuerdos, la imaginación y las tendencias musculares que habían permanecido tensas o reprimidas por una errónea solución al problema; de este modo, la acción psicodramática produce catarsis y una percepción más objetiva de la situación.

Feldenkrais (citado por Ramírez, 1987, p. 24) escribe a este mismo respecto: “los instintos, los sentimientos y el pensamiento están ligados al movimiento”. Ramírez (op. cit.) menciona que no obstante la formación psiquiátrica de Moreno, para él los disturbios emocionales tienen un origen social, y al igual que Freud, afirma que éstos inician en la infancia, antes de la formación y desarrollo del lenguaje. Sin embargo, a diferencia de Freud que se empeñó en descubrir el inconsciente para llegar a las raíces primitivas de los problemas emocionales, para Moreno están más allá de los recuerdos verbales y se encuentran reactivando la musculatura del cuerpo y los centros motores involucrados en el problema o situación conflictiva. De tal modo que para el autor, el *psicodrama* estimula al hombre de forma integral corrigiendo terapéuticamente la disociación del organismo humano, causa de la neurosis y psicosis.

Por lo anterior, Moreno (1975, p. 114, 130) consideró que:

El objetivo de la terapia psicodramática es la producción total de la vida. Pretende equiparar al paciente con más realidad de la que la lucha por la vida le ha permitido hasta entonces. Su meta es una realidad plenamente válida. Esta riqueza de viva experiencia vital ayuda al paciente a ampliar constantemente el control y el dominio de sí y del mundo mediante vivencias Es decir, equiparar al paciente con los conocimientos y habilidades necesarias para llevar una vida apropiada y productiva.

Con esta filosofía no es difícil comprender porque Moreno creó el *psicodrama*. Por tanto, es necesario incursionar en sus antecedentes para tener una idea más amplia.

2.1. Antecedentes del *Psicodrama*

Moreno (1978, p. 21) escribió “El camino más corto para llegar a la esencia de una idea es indagar cómo fue concebida y comunicada por primera vez”. De tal forma que, como creador del *psicodrama*, nos dice que el lugar de nacimiento de la primera sesión psicodramática “oficial” fue la “Komoedin Haus”, un teatro dramático de Viena, el 1º de abril de 1921, entre las 19 y las 22 h.

No tenía ni un equipo de actores ni una pieza. Me presenté esa noche solo, sin ninguna preparación, ante un público de más de mil personas. Cuando se levantó el telón el escenario estaba vacío, dejando de lado un sillón afelpado rojo, de marco dorado y alto respaldo, como el trono de un rey. En el asiento del sillón había una corona dorada. El público se componía, aparte de una mayoría de curiosos, de representantes de estados europeos y no europeos, de organizaciones religiosas, políticas y culturales. Cuando recuerdo el hecho me asombra mi propia acción. Fue un intento de tratar y curar al público de una enfermedad, un síndrome cultural patológico que los participantes compartían Si conseguía convertir a los espectadores en actores, en actores de su propio drama colectivo, esto es, de los dramáticos conflictos sociales en los que estaban realmente implicados, entonces mi audacia se vería compensada y la sesión podría comenzar.

Sin embargo, dado que para Moreno el *psicodrama* fue su creación más personal, el momento de su concepción podría obtenerse indagando en su autobiografía.

Moreno (1978) en su libro llamado "*Psicodrama*", menciona que la primera sesión psicodramática "privada" que él dirigió, se llevó a cabo a sus cuatro años y medio de edad y esta fue cuando acompañado de sus amiguitos jugaba a ser Dios. El escogió ser Dios y como Dios está en el cielo, apilaron sillas sobre una mesa hasta llegar al techo y así poder ocupar el rol de Dios, los demás niños eran ángeles que daban vueltas alrededor de la mesa, utilizando sus brazos como alas. De repente un niño le preguntó: ¿por qué no vuelas?, Moreno estiró los brazos tratando de hacerlo y un segundo después se hallaba en el piso y con un brazo fracturado.

Es obvio que no podemos pensar que Moreno pudo haber creado a esta edad los fundamentos teóricos del *psicodrama* pero esta experiencia personal tal vez le enseñó que es imposible ser protagonista y director al mismo tiempo y que todo director necesita de la ayuda de sus auxiliares. Por otro lado, Moreno (1978, citado en Kononovich, 1984, p. 22) reflexionará sobre este recuerdo de su infancia: "... gradualmente aprendí que a otros niños les gusta jugar a Dios".

Esta reflexión pasará a tener una profunda significación. Dios representará el estado de espontaneidad por excelencia, Moreno dejará de jugar el rol de Dios para inducir a que otros lo tomen. Anzieu (citado por Kononovich, 1984, p. 21) dirá al respecto: "Adolescente, Moreno franquea una etapa decisiva: en lugar de continuar manteniendo el rol divino, se transforma en lo que seguirá siendo en toda su vida, aquel que permite a los otros representar a Dios".

Moreno (1978, p. 24) seguía atraído por el plan misterioso del juego y comenta al respecto.

Siendo estudiante, entre 1908 y 1911, solía caminar por los jardines de Viena, reuniendo niños y formando grupos para representaciones improvisadas Era un jardín de infantes en una escala cósmica, una revolución creadora entre los niños Les permitía jugar a Dios si querían hacerlo. Comencé a tratar sus problemas cuando fallaban, tal como yo fui tratado cuando me fracturé el brazo, dejándolos actuar improvisadamente; una especie de psicoterapia para dioses caídos.

Finalmente y como último punto de origen del *psicodrama*, vino el Teatro para la Espontaneidad, en la Maysedergasse, cerca de la opera de Viena, que en una noche fugaz se convirtió, de Teatro para la Espontaneidad, en un Teatro Terapéutico.

El Teatro para la Espontaneidad como le llamaba Moreno (1978), inició con la joven actriz llamada Bárbara, quien trabajaba para el teatro y solía destacarse en la improvisación de roles de ingenua, romántica y enamoradiza. Esa actriz, que en el escenario era como un ángel, se comportaba como una criatura endemoniada cuando se encontraba en su casa, por lo que Moreno al enterarse de esa situación, decidió ya no darle los papeles que representaba, sino que le cambió a papeles en los que representaría “lo terrenal, la crudeza de la naturaleza humana”; a los cuales se adaptó y desempeñó muy bien. A partir de que Bárbara actuó en el escenario ese tipo de papeles el comportamiento en su hogar cambió, y Jorge su esposo hizo alusión de que se trataba de una terapéutica, Bárbara siguió actuando esos papeles y cuando tenía problemas en su hogar recordaba las escenas en el teatro y entonces cambiaba su actitud. Después de algún tiempo, Moreno pidió a Jorge participar en el Teatro para la Espontaneidad. Bárbara y Jorge actuaron

tanto sus conflictos de pareja como sueños, improvisaciones cotidianas y las vivencias que tuvieron cada uno con su familia de origen.

Moreno (op. cit., p. 26) señala al respecto: “Algunos meses después, Bárbara y Jorge se sentaron solos conmigo en el teatro. Se habían encontrado a sí mismos, y habían encontrado al otro una vez más, o mejor, se habían encontrado por primera vez”. Todo esto propició que Moreno analizara el desarrollo de su *psicodrama* dando origen al teatro terapéutico.

Esta es la historia que inspiró a Moreno para el uso de técnicas dramáticas, la terapéutica de representaciones espontáneas, la psicoterapia de grupo y el aprendizaje de roles.

Al comprender cómo es que surgió el *psicodrama* y cuál fue la finalidad de su creación, se analizan los conceptos básicos que se encuentran en el desarrollo de éste.

2.2 Conceptos básicos del *Psicodrama*

Dentro del *psicodrama* existen varios conceptos que han ayudado a su desarrollo. Dos, los más importantes el de “espontaneidad y el de creatividad”.

2.2.1. Espontaneidad y Creatividad

Carmen Bello (2000, p. 23) nos dice que “La búsqueda de Moreno era la de espontaneidad y la creatividad ... quería cambiar el mundo a través de estas premisas. Creía profundamente en el hombre. Creía que el hombre, en estado de espontaneidad y en posesión de todo su potencial

creativo, entraba tan intensamente en contacto con su Dios creador ... que se convertía en un pequeño Dios”.

2.2.1.1. Definición

Para Moreno (1972, p. 53) “la espontaneidad y la creatividad no son procesos idénticos, y ni siquiera semejantes, representan categorías diferentes, si bien se hayan vinculadas entre sí desde un punto de vista estratégico”.

En el individuo su espontaneidad puede encontrarse completamente opuesta a su creatividad, es decir, por un lado puede tener un elevado grado de espontaneidad pero ser incapaz de crear nada. O por el contrario, puede poseer un alto grado de creatividad, pero encontrarse desprovisto de espontaneidad.

El único ser en que tanto la espontaneidad como la creatividad aparecen como idénticas es Dios, ya que en él toda espontaneidad se ha hecho creatividad. Dificilmente en el mundo de nuestra experiencia encontraremos productos de espontaneidad o creatividad puras; cada una está en función de la otra. El universo es un campo de creatividad infinita y su manifestación más clara es el “niño”. Es obvio que esta creatividad por sí misma, no puede dar vida a un niño, pero puede contribuir a su liberación. Por otro lado, el individuo está inmerso en un universo lleno de los productos resultantes de la interacción entre espontaneidad y creatividad, como por ejemplo los esfuerzos que conllevan el nacimiento y la educación de los niños; los esfuerzos gracias a los cuales se debe el surgimiento de nuevas obras de arte y los esfuerzos que hacen aparecer nuevos

órdenes sociales. En el individuo dotado de un poder creador, la espontaneidad puede despertarse y así invitarlo a la acción (Moreno, 1972).

Sin la espontaneidad, la creatividad queda inerte; su intensidad viviente crece y decrece de acuerdo a su participación en la espontaneidad. Y a la inversa, la espontaneidad sin creatividad queda vacía y estéril. Moreno (op. cit., p. 54) afirma que “En consecuencia, la espontaneidad y la creatividad aparecen como perteneciendo a categorías diferentes; la creatividad pertenece a la categoría de la sustancia ... la espontaneidad a la categoría de los catalizadores ...”.

Moreno (1978, p. 32) nos dice que “es la espontaneidad lo que produce espontaneidad, no la reflexión sobre ella. Es la espontaneidad lo que produce el orden, no las leyes, que son un instrumento del orden espontáneo. Es la espontaneidad lo que favorece la creación”.

La espontaneidad hace su aparición ocasionalmente e incita al ser humano a sacar provecho de una situación nueva o reaccionar de una manera nueva ante una situación antigua. “Funcionalmente, está ligada a dos polos: al automatismo y a la actividad refleja, por una parte, a la productividad y a la creatividad, por la otra” (Moreno, 1972, p.55).

El individuo no posee un depósito de espontaneidad, si se entiende por esto una cantidad dada. La espontaneidad no funciona sino hasta el momento en que surge e incita al hombre a reaccionar de un modo más o menos satisfactorio frente a una situación más o menos inédita. La operación por la cual se expresa la espontaneidad es el proceso de liberación (warming up). La espontaneidad y su liberación actúan en todos los planos de las relaciones humanas.

En los procesos de curación psíquica, se requiere de espontaneidad para que éstos puedan ser eficaces. En el *psicodrama*, la espontaneidad interviene no sólo en la dimensión verbal sino también en las diversas dimensiones de la expresión, como por ejemplo la actuación, la interacción, el habla, la danza, el canto y el dibujo. Cabe señalar que el papel dinámico que juega la espontaneidad en el *psicodrama*, no implica que su desarrollo y presencia constituyan por sí mismos la “cura”, ya que existen formas de espontaneidad patológica que generalmente deforman las percepciones, disocian la representación de papeles, e interfieren en su integración en los diversos niveles de la vida.

2.2.1.2. Teoría de la espontaneidad

Se entenderá el énfasis que Moreno da a la espontaneidad si se recuerda que el descubrimiento del *psicodrama* como método terapéutico fue precedido por sus esfuerzos de revitalizar las producciones teatrales y desarrollar una mayor naturalidad en la conducta humana.

Charles Saunders (citado en Moreno, 1978) refiere que la espontaneidad es el carácter de no derivar de algo antecedente; es lo novedoso, lo fresco, lo diverso. Sin embargo, la espontaneidad no es simplemente hacer cualquier cosa en cualquier momento, pues se caería en una espontaneidad patológica. Dentro del *psicodrama*, el ser espontáneo consiste en poder hacer lo oportuno en el momento necesario; es decir, proporcionar una respuesta favorable o buena a una situación generalmente nueva. Debe ser una respuesta nueva, integrada y no una repetición de estereotipos establecidos.

Para Moreno (citado por Ancelin, 1966) todo individuo tiene grandes posibilidades de espontaneidad, las cuales nos permiten adaptarnos a nosotros mismos y al mundo que nos rodea. La espontaneidad despierta la posibilidad de una respuesta adecuada, auténtica, actual, transforma al individuo en un ser creador, da vida a los modelos culturales, vuelve a dar sentido y valor a lo que ya pertenecía al pasado muerto. Pero el hombre sólo puede ser espontáneo si es libre y flexible, si se conoce a sí mismo; si ha reconocido, para superarlo, lo que hay de inerte en la educación, la técnica y la cultura.

2.2.1.3. Tipos de espontaneidad

Ramírez (1987, p. 27) refiere que para Moreno la espontaneidad es: “la respuesta nueva a una situación antigua o una respuesta adecuada a una situación nueva” y distingue cuatro clases de espontaneidad:

- La “dramática”, es aquella que reactiva las conservas culturales y los estereotipos sociales dando una cualidad dramática a la acción; es la que da novedad y vivacidad a los sentimientos, a las acciones y a las palabras, aunque no sean algo nuevo y original.
- La “personal”, es la que crea algo nuevo, la que va rompiendo moldes de las conservas culturales y procreando nuevas formas de expresión, nuevas ideas y sentimientos.
- La de “originalidad”. No es una producción completamente nueva como en la anterior, esta se basa en una conserva cultural, pero añadiéndole rasgos nuevos que expresan la situación actual del sujeto.
- La “adecuada”, la ve Moreno en las respuestas adecuadas a situaciones nuevas.

Ancelin (1966, p. 21) opina al respecto: “Primero es un impulso; después, una adquisición cultural (la espontaneidad crea nuevos organismos, nuevas formas de arte y nuevos tipos de ambientes). A continuación ... es una creación de libre expresión de la personalidad. Finalmente, hay un tipo de espontaneidad que es la expresión de una respuesta adecuada a nuevas situaciones”.

Estas cuatro clases de espontaneidad se entrelazan y se complementan en toda aquella persona que haya adquirido un alto grado de espontaneidad. Ramírez (1987, p. 29) hace referencia que para Moreno la espontaneidad significa “la integración del ser humano”, es decir, “la espontaneidad completa es la respuesta integral del hombre completo; cuerpo, sentimientos, acciones, imaginación, pensamiento y determinaciones voluntarias”.

Por lo tanto, la finalidad del *psicodrama* es desarrollar tanto la espontaneidad del individuo como prepararlo para resolver sus conflictos personales. El *psicodrama* trata de aportar la formación para la espontaneidad y uno de los pasos para desarrollarla consiste en persuadir al sujeto a dejar de depender de roles introyectados y conservas culturales, analizar esos moldes para saber si son de su medida, agregándoles o quitándoles lo necesario para que sean apropiados a su ser integral –estructura y particularidades corporales, sentimientos propios y modo de pensar y actuar adecuados-. Otro medio de entrenamiento sería el que Moreno liga con el de empatía; durante la actuación los yo-auxiliares tienen que ver las cosas a través de los ojos del protagonista, movilizar su cuerpo que tomará postura y movimientos semejantes a los del protagonista, agudizando su imaginación y pensamiento en la dirección que dé el mismo protagonista. De esta manera, los yo-auxiliares dejan sus roles personales a un lado y

experimentan nuevos roles, aumentando de esta manera el ámbito de sus experiencias (Ramírez, 1987).

Hacer un verdadero psicodrama consiste en crear, en hacer nacer psicológicamente, en restituir al mundo todas las dimensiones de lo vivido, de lo real, de lo imaginario, de lo posible, de lo deseado, de lo imposible; es vivir nuestros sueños y nuestros fantasmas, es viajar en el tiempo y en el espacio. Se dan entonces una comunicación y una "creatividad" total del individuo y del grupo (op. cit., p. 24).

2.2.1.4. Creatividad

El ser creador y espontáneo por excelencia es Dios. Es el polo máximo de la escala de espontaneidad que significa crear a cada momento. Por paradójico que parezca, el estado creador de Dios "está mucho más próximo a la humanidad, como lo está la madre respecto a su hijo durante el embarazo ... un ser en crecimiento" (Moreno, 1978, p. 64).

Bischof (citado por Ramírez, 1987, p. 30) explicando el concepto de "creatividad" de Moreno lo define como: "el acto de dar el ser a algo que no existía".

2.2.1.4.1. Propiedades del Acto Creador

Una de las primeras propiedades del acto creador vendría siendo la espontaneidad. En un segundo lugar podría hallarse una sensación de sorpresa, de lo inesperado. La tercera propiedad es su irrealidad, que se dirige a la alteración de la realidad dentro de la cual surge. Y como una última propiedad del acto creador es que éste implica un actuar sui generis (Moreno, 1978).

El resultado de una expresión creadora puede ser una obra de arte que viene a enriquecer el patrimonio cultural y que Moreno llama conserva cultural.

2.2.2. Conserva cultural

Un concepto que Moreno destaca al hablar de espontaneidad y creatividad, es el de conserva cultural. Ramírez (1987, p. 31) señala que para Moreno: “Las conservas culturales son el museo y relicario de las obras creadoras del género humano: contienen los valores e ideales de una época cultural o de una civilización del pasado”. Un libro, una pintura, un rito religioso o civil es una conserva cultural.

Para Moreno (1978) el producto terminado es la conserva cultural. Es la exitosa mezcla de material espontáneo y creativo modelada en forma permanente. Es aquello que preserva y continúa los valores de una cultura; el yo creador del hombre. La conserva cultural proporciona continuidad a la herencia de una existencia humana. Sin embargo, cuando la humanidad se limita a ella pierde su espontaneidad y con ello su capacidad de crear.

Bustos (1975, p. 25) diría al respecto: “El producto de la creatividad, y no la creatividad misma, pasa a ser una conserva cultural. Nuestro medio venera la obra de la creatividad y la confunde con ella. La conserva tranquiliza, es el no cambio; la creatividad es el cambio mismo...”.

2.2.3. La idea del momento

Otro de los conceptos dentro del desarrollo de la obra de Moreno, es el concepto del momento -el aquí y el ahora-. Para Moreno (citado por Rosales, 1990, p. 21) el *psicodrama* es una experiencia que busca la verdad, no sólo a través de la palabra sino también a través del gesto, y que tiene un tiempo: “el aquí y ahora”. El pasado vuelve o el futuro viene, pero siempre en relación con el tiempo psicodramático: el presente.

Cada ser o cada acto se origina en un entorno concreto (matriz), ocurre en un lugar concreto (locus) y tiene un desarrollo temporal (status nascendi). Sin embargo, sólo podemos percibir nuestra existencia desde este momento y este lugar, o sea que todo ocurre aquí y ahora (Bello, 2000, p. 27).

Moreno (1978, citado en Ramírez, 1987, p. 32) emplea términos teológicos para exponer su idea del momento. “El ser creador y espontáneo por excelencia es Dios está en acción constante cada momento sin depender de moldes pasados o proyecciones futuras”.

Ramírez (op. cit. p. 33) menciona que la postura de Moreno “... ha sido siempre de un estudio directo y experiencial del momento: el hombre en acción, el hombre forzado a actuar en el momento. Es la consideración de la historia como parte del momento ... y no el momento como una parte de la historia”.

2.2.4. La teoría de los roles: concepto de rol

La teoría de los roles es una de las teorías que ha dado sustento al *psicodrama*. Uno de los conceptos más importantes de esta estructura teórica es el concepto de rol.

La formulación y desarrollo tanto de este concepto como de las técnicas de desempeño de roles han sido obra de quienes se han ocupado del *psicodrama*; del observar el proceso de rol en el contexto de la vida misma, de su estudio en condiciones experimentales, de su empleo como método psicoterapéutico, y de examinar y enseñar la conducta en el “aquí y ahora” (Moreno, 1978).

Para Moreno (op. cit. p. IV), los roles emergen a partir de la matriz de identidad. “Antes e inmediatamente después del nacimiento, el niño vive en un universo no diferenciado al que he llamado ‘matriz de identidad’ ”. Los roles son los precursores del yo, y tienden a agruparse y unificarse. Moreno distinguió tres tipos de roles: roles fisiológicos o psicosomáticos, que al ser desempeñados, ayudan a experimentar el “cuerpo”, como por ejemplo comer, dormir, defecar; roles psicodramáticos que ayudan a experimentar la “psique” como los fantasmas, hadas; y los roles sociales que contribuyen a producir la “sociedad” como padre, madre.. etc. Cuerpo, psiquis y sociedad son por lo tanto las partes intermediarias del yo total. Cuando existe desequilibrio en el agrupamiento de los roles, hay un retardo en la aparición de un yo real ocasionando perturbaciones del yo.

2.2.4.1. Definición

Para Moreno (1978, p. V), “el rol es la forma de funcionamiento que asume un individuo en el momento específico en que reacciona ante una situación específica en la que están involucrados otras personas u otros objetos”. Su función es entrar en el inconsciente, desde el mundo social, para darle forma y orden.

2.2.4.2. Descripción del rol

Para Anzieu (citado por Bustos, 1975, p. 22) los roles no se presentan aislados en el individuo, forman agrupamientos ... Todos los roles que un individuo asume están lejos de ser conocidos, la mayoría de ellos es vivida de modo irreflexivo, algunos son extraños al yo. Los roles sociales son adoptados inconscientemente e impuestos imperativamente. Los demás roles, más personales, se hallan reprimidos o nunca han tenido ocasión de exteriorizarse.

Cuanto mayor sea la capacidad para el desempeño de roles, mayor flexibilidad tendrá un individuo.

Bustos (1975, p. 22) refiere:

... quiero agregar un aspecto que tanto Moreno como Anzieu dejan de lado, es el condicionamiento social para los roles. Hay roles socialmente consagrados: el de médico, el de abogado, el de ejecutivo, tienen una categoría distinta del de obrero o el de empleado. En una sociedad de clases, los roles no dependen tanto de la capacidad del individuo como de un condicionamiento social.

Ramírez (1987, p. 34) menciona que:

Moreno define la personalidad por el conjunto de roles que desempeña el sujeto. Asimismo, el sujeto será espontáneo o rígido según forme y ejecute sus roles. Su personalidad será amplia o estrecha según el número de roles; será integrada o esquizofrénica según sea la integración o disociación de los roles que el sujeto ejecuta.

2.2.5. Tele

Otro concepto dentro de la obra de Moreno es el de "tele". "Consiste en el sentimiento y conocimiento real de otras personas y es el motor principal para las elecciones recíprocas de toda índole". Es el factor esencial en las relaciones interpersonales (Bustos, 1975, p. 26).

2.2.5.1. Definición

Moreno (1978, citado en Ramírez, 1987, p. 37) lo define como: “la intuición, la percepción y aceptación de las ‘actualidades’, esto es, de las cualidades físicas, psicológicas, morales, etc., de las otras personas si el tele es positivo; o la intuición y percepción de características reales y actuales que producen el rechazo de la otra persona si el tele es negativo”.

El tele es un proceso que se lleva a cabo en cada una de las relaciones interpersonales; en esa parte de su “yo” que no se ve afectada por la autosugestión. Es el tele lo que actúa cuando elegimos a una pareja o a un compañero determinado. Con ella se evalúa al otro y se percibe intuitivamente qué clase de persona es. A esas intuiciones de la conducta inmediata del otro, es lo que Moreno denominó relaciones tele.

Bello (2000, p. 35) opina al respecto: “ya desde el primer momento en que dos personas se encuentran, se establece inmediatamente una comunicación a distancia. Esta mínima unidad de comunicación que vincula los encuentros mutuos, de cualquier signo que sean, es el factor tele”.

Todo encuentro se da en -el aquí y ahora-, y adquiere el carácter de un “momento de encuentro” en cuanto existe una transmisión mutua de sentimientos entre los sujetos. En todas las relaciones interpersonales y aunque no sea de forma consciente para los individuos, la historia de cada uno forma parte de ese instante de encuentro. De tal manera que, cuando los fantasmas de la historia nos llevan a una mala interpretación de la realidad, se puede distorsionar la comunicación y en lugar de un encuentro se da un desencuentro.

Ramírez (1987, p. 37) refiere que “Moreno hace constante hincapié en que tele se distingue del concepto analítico de transferencia el cual se funda en la proyección de sentimientos, necesidades y frustraciones infantiles a la otra persona a quien en realidad se desconoce”.

Más bien, el tele se funda en la intuición de cualidades que atraen o repugnan de la otra persona. Intuición que se basa en la comunicación no verbal, es decir en el mensaje corporal que dan y perciben las personas. Por otro lado, el tele está apoyado en una percepción cada vez más objetiva y total de las cualidades físicas y psicológicas que hacen a la otra persona agradable y atractiva, indiferente, o repugnante y repulsiva. No se trata de una simple proyección transferencial de necesidades, deseos, sentimientos y frustraciones inconscientes de la infancia, sino de la percepción actual –aquí y ahora- de las cualidades y/o defectos de las personas que se enfrentan.

El tele es básicamente una noción social que actúa a nivel social y que surge ante una gran necesidad de conjuntar bajo un común denominador esa gran variedad de atracciones y rechazos que se hacen manifiestas entre las relaciones individuales. Tele es por lo tanto la mínima unidad de sentimiento que se transmite a distancia de un individuo a otro; la empatía y la transferencia son nociones psicológicas que actúan a nivel individual (Bustos, 1975).

Según Moreno (1978, p. XIV) “las relaciones tele entre el protagonista, el terapeuta, los yo auxiliares y los personajes importantes del mundo que ellos representan, son decisivos para el progreso terapéutico”.

2.2.6. Átomo social

El concepto de átomo social es uno más de la obra de Moreno y se encuentra ligado con sus ideas de rol y tele y con su visión social del hombre. El núcleo de relaciones que se constituye alrededor de cada individuo: más rico alrededor de algunos, más pobre alrededor de otros, constituye una pequeña estructura social a la que Moreno (1972) denominó “átomo social”.

Hollander (citado por Ramírez, 1987, p. 40) refiere al respecto que:

El átomo social es el conjunto de personas que son necesarias para el funcionamiento adecuado de un individuo en cada uno de sus roles. Cada una de estas personas debe estar unida fuertemente al individuo por un tele positivo. El va hacia ellos para que le ayuden a desempeñarse dentro de una función o rol. Ellos a su vez convergen hacia él para el desempeño de la misma función.

Algunos de los individuos que forman parte de un átomo social pueden limitarse simplemente a ese átomo social. Pero, por el contrario, integrantes del mismo átomo pueden relacionarse con otros átomos sociales y éstos a su vez con otros, formando con ello cadenas complejas de interrelaciones que constituyen redes sociométricas, con gran vida y constante dinamismo, que circulan alrededor de cada uno de los individuos, se entrecruzan y adquieren formas diferentes en extensión, composición y duración.

Para que un átomo social sea considerado sano y constructivo debe existir dentro de lo individuos que lo conforman reciprocidad en las relaciones tele. Si carece de reciprocidad o tele positivo, el átomo social es considerado como un átomo enfermo y la actividad del individuo se verá limitada.

Una vez planteados los conceptos básicos que Moreno utilizó dentro de su creación denominada *psicodrama*, nos podríamos preguntar: ¿qué es lo terapéutico dentro de este método?. Una respuesta. Los mecanismos de acción.

2.2.7. Mecanismos de acción

Sobre el tema relacionado con lo terapéutico del *psicodrama*, Carmen Bello (2000) refiere que, este tema se ha tratado de forma muy general y que al parecer, Moreno no escribió gran cosa al respecto. La autora nos habla de dos intentos de sistematización que ella conoce.

El primero, el de Dalmiro Bustos que en su libro “Psicoterapia Psicodramática” (1975, p. 58), quien describe dos tipos de mecanismos: uno, de índole dramática (catarsis de integración e insight dramático). Y otro, el verbal. Quien emplea el término ‘mecanismos de acción’ “como una alternativa a ‘mecanismos de curación’ para ser coherente con su cuestionamiento a los criterios de salud – enfermedad” (Bello, 2000, p. 107).

El segundo, el que realiza Kellermann (citado por Bello, 2000, p. 107), quien define “los aspectos o factores terapéuticos como ‘aquellos que producen un efecto terapéutico’ y los presenta como sinónimos de ‘factores curativos’, ‘agentes de cambio’ y ‘mecanismos de crecimiento’ ”.

Debido a que es un tema complejo y que escapa al objeto de esta investigación, se tomarán como “mecanismos de acción” los que menciona Bello (2000) en base a su trabajo.

MECANISMOS DE ACCION
CATARSIS DE INTEGRACION
INSIGHT DRAMATICO
SIMBOLIZACION
REPARACION INTERNA
TELE
ENCUENTRO
MAGIA

2.2.7.1. Catarsis de integración

En su origen, el término catarsis significó limpiar, purgar. En los escritos hipocráticos se le da la connotación de purgar o vomitar la enfermedad. Posteriormente adquiere un sentido psicológico en donde el término significa purgar emociones, expresar.

El concepto catarsis fue introducido por Aristóteles, y lo utilizó para expresar el efecto especial que ejerce el drama griego sobre sus espectadores. Freud lo empleó también en los inicios de su trabajo para referirse a una descarga emocional provocada por el recuerdo y verbalización de un momento traumático vivido. Este concepto concebido por Aristóteles sufrió serias alteraciones con el desarrollo del *psicodrama*.

Moreno (citado en Bello, 2000, p. 112) retoma el concepto aristotélico y lo amplía para describir un proceso que se da durante el *psicodrama*. Dice: “Es un proceso que no sólo apacigua y descarga al sujeto, sino que también le suministra equilibrio y paz interior”.

Para Moreno (1978, p. XVII), la catarsis dentro del *psicodrama* “produce un efecto terapéutico, pero no en el espectador (catarsis secundaria) sino en los actores-productores que crean el drama y que, al mismo tiempo, se liberan de él”. El drama, ha encontrado un medio en el que los fenómenos desequilibrantes han podido presentarse de una forma más realista, aunque este permanezca fuera de la realidad; un medio que comprende una realización así como una catarsis para el cuerpo; un medio que ha hecho factible la catarsis en la dimensión del lenguaje; un medio que ha abierto el camino de la catarsis tanto en el individuo como al grupo; un medio que ha permitido a la catarsis el mundo de las fantasías y de los roles y relaciones irreales.

Moreno (Bustos, 1975, p. 60) hace hincapié en que la catarsis no consiste solamente en una descarga emocional, sino que se trata de un proceso integrador. Afirma que el *psicodrama* no es un método catártico como es clasificado a menudo. “El proceso terapéutico incluye la catarsis, pero el punto principal es la integración sistemática, integrando gradualmente las distintas partes de la producción”.

Bustos (op. cit., p. 60) menciona al respecto:

La integración se va produciendo en el camino de presentización del pasado, donde se va reviviendo paso a paso el camino que llevó al protagonista al conflicto que en ese momento lo preocupa. En la integración los aspectos del yo que permanecían fijados al pasado pasan a formar parte del presente. La catarsis es sólo la culminación de un proceso; la integración es el proceso mismo, gradual, a veces lento y penoso. El conflicto inicial suele estar en general condensado en un síntoma, una inhibición, un malestar vago. Lentamente, en la sesión de psicodrama esta condensación desaparece para comenzar a aparecer aspectos claros, hasta encontrarse en escena todos los elementos que constituían el origen del conflicto.

Moreno (citado en Bello, 2000, p. 113), nos habla de cuatro direcciones de la catarsis:

1. somática: la vieja idea de la catarsis física es revivida por el *psicodrama* que vuelve a integrar al cuerpo en la acción terapéutica y del aprendizaje.
2. mental: según Moreno, la catarsis aristotélica, y la catarsis de la que habló en sus comienzos el psicoanálisis son puramente mentales. Él retoma el concepto y la clasifica en tres formas diferentes de catarsis mental:
 - A. la del autor, creador y paciente del drama privado
 - B. la del actor que lo anima y
 - C. la del público que co-experimenta los acontecimientos
3. individual
4. y grupal
 - . la acción dramática en sí misma, que incluye mente y cuerpo en la operación
 - . la presencia del grupo, público, comunidad.

Otro de los mecanismos de acción que menciona Bello (2000), es el *insight* dramático.

2.2.7.2. Insight dramático

La autora (op. cit.) menciona que el término *insight* en inglés no significa más que eso – *insight* -, es decir, “mirada al interior”. La palabra *insight* es un término que se emplea dentro de la psicoterapia para denominar el conocimiento nuevo sobre sí mismo que se adquiere, a modo de salto en el crecimiento personal. Es el “darse cuenta” emocional profundo, el haber comprendido una situación que permanecía oscura hasta ese entonces.

Dentro de la catarsis de integración siempre existe *insight* dramático, pero no forzosamente al revés. El *insight* dramático puede presentarse aún sin que el proceso de la catarsis de integración sea completo, esto es, una simple maniobra dramática puede provocarlo.

Cualquier técnica dramática puede provocar el insight dramático. Bustos (1975, p. 62)

dice al respecto:

Los medios para lograr el insight dramático pueden ser: la interpretación directa por parte del director, la interpretación desde el rol de un yo auxiliar, el cambio de roles al comprender el efecto de sus propias conductas vistas desde el lugar del otro, el doble al tocar aspectos temidos por el protagonista, el espejo al ver desde afuera la situación total, en el soliloquio al "enterarse" de cosas que estaba pensando y que no expresa. Prácticamente, todas las técnicas psicodramáticas pueden contribuir al insight dramático.

Un mecanismo de acción más es la simbolización.

2.2.7.3. Simbolización

La simbolización tiene lugar dentro de la psicoterapia psicodramática. En ese espacio dramático; espacio transicional en el que se desarrolla el juego y se permite el paso de lo imaginario a lo simbólico y el acceso al lenguaje.

Bello (2000, p. 117) menciona que Freud describió cómo lo reprimido siempre tiende a retornar al presente, ya sea a través de los sueños, los síntomas o las conductas repetitivas. "La cura psicoanalítica consiste en recordar, repetir en transferencia y trabajar elaborativamente estos contenidos. El *psicodrama* tiene como instrumento privilegiado de repetición la dramatización de las escenas vividas".

De igual forma que en el "juego del carrusel", la dramatización es una repetición que facilita elaborar lo vivido. Dentro del *psicodrama*, la repetición se transforma en un instrumento

terapéutico, en cuanto, se repite representando lo vivido en ese espacio psicodramático, diferente, “como si” se tratara realmente de la situación.

Esta explicación se puede hallar resumida en las palabras de Moreno de que “la segunda vez libera de la primera” (Bello, 2000).

A los mecanismos de acción podemos sumar el de reparación interna.

2.2.7.4. Reparación interna

Bello (op. cit., p. 119) emplea un vocablo kleiniano, para describir este mecanismo de acción. “Reparar, en los dos sentidos que tiene en español, en eso consiste este mecanismo de acción. Arreglar algo que está dañado, una relación dañada, un rol dañado. Esto se hace por medio del saneamiento de roles. Y dar una reparación a alguien: agradecer lo que se recibió a pesar de todo y perdonar, en la realidad suplementaria”.

Otro mecanismo de acción es el tele.

2.2.7.5. Tele

Como se vio (p. 36) Moreno (citado en Ramírez, 1987, p. 37) nos dio una definición del término tele, la cual podría concluirse según Ramírez (op. cit.) como; “la atracción o rechazo mutuo y a distancia entre dos o más personas”.

El factor “tele”, ya sea de tipo positivo o negativo, consiste en el sentimiento y conocimiento real del otro. Es el engrane de cualquier motor en toda elección recíproca de toda índole. Ya lo decía Bustos (1975), es la mínima unidad de comunicación que vincula los encuentros mutuos.

La transferencia es un proceso estrictamente subjetivo del paciente o de cualquier otra persona particular, mientras que el proceso “tele” es un sistema objetivo de relaciones interpersonales. La estructura “tele” sugiere por consiguiente una asignación adecuada de una persona a otra o a un grupo, para obtener los mayores beneficios terapéuticos.

Moreno (1959, citado en Ramírez, 1987, p. 39) afirma que: “Tele es como una línea telefónica que facilita la comunicación en ambas direcciones de los dos extremos. Es bien sabido que en muchas ocasiones la relación terapéutica entre doctor y paciente se desvanece y termina después de una fase de gran entusiasmo. Esto se debe frecuentemente a una causa emocional, y la razón es que usualmente viene una desilusión mutua cuando el encanto transferencial desaparece y la aliación télica no es suficientemente fuerte para producir beneficios terapéuticos permanentes. Se puede decir que la estabilidad de cualquier relación terapéutica depende de la cohesión télica entre los dos participantes... Tele es la fuerza que estimula y solidifica el consorcio estable y las relaciones permanentes”.

Aunado a los mecanismos de acción, existe el término “encuentro”.

2.2.7.6. Encuentro

Bello (2000) nos dice que “encuentro” no quiere decir más que lo que la palabra expresa. Quiere decir que para el *psicodrama* las relaciones humanas no están comprendidas desde un Yo que se relaciona con otros, sino desde el encuentro entre dos o más personas que se experimentan en el amor o en el enfrentamiento.

El término “encuentro”, significa más que una vaga relación. Para Moreno (1978, p. 337) significa que: “dos o más personas se encuentran, pero no solamente para enfrentarlas, sino para vivir y experimentarse mutuamente, como actores cada uno según su propio derecho, no como un encuentro ‘profesional’ ..., sino un encuentro de dos personas”. Estar juntos, encontrarse, tocarse dos cuerpos, ver y observar, palpar, sentir, compartir y amar, comunicación mutua, conocimiento intuitivo mediante el silencio o el movimiento, la palabra o el gesto, el beso o el abrazo.

En un encuentro las dos personas están allí, con todas sus fuerzas y debilidades, dos actores bullendo de espontaneidad, sólo en parte conscientes de sus fines comunes. Todo encuentro se da en –el aquí y el ahora-, la transmisión mutua de sentimientos adquiere el carácter de un momento de encuentro. La historia de cada uno forma parte de ese instante aunque no sea consciente para los involucrados en el encuentro. Cada uno de ellos tiene, en ese momento, la posibilidad de comprenderse a sí mismo dentro de la situación y al otro desde su punto de vista, de percibir y emitir mensajes correctamente (Bello, 2000).

Pero como en todo proceso terapéutico no podría faltar “la magia” dentro de los mecanismos de acción.

2.2.7.7. Magia

La magia consiste en el “como si” del *psicodrama*. Bello (op.cit.) explica este concepto de una forma sencilla y bella. Con un cuento de hadas, en el que aparece la varita mágica que todo lo puede.

El *psicodrama* tiene, sin duda, su varita mágica, el “como si” del *psicodrama*. La dramatización, la acción dramática consiste, justamente, en hacer “como si”. El espacio dramático se transforma en mil lugares, el grupo en mil personajes, el hoy en ayer o mañana.

Estos mecanismos de acción se logran a lo largo de la sesión psicodramática. La cual se divide en una serie de fases o pasos.

2.3. Fases del *Psicodrama*

La dinámica del *psicodrama* se desarrolla a lo largo de tres fases principales: calentamiento, acción (o dramatización) y compartir (o sharing). Estas tres fases conforman el procedimiento secuencial del *psicodrama* como método. Proporcionan el orden temporal de la acción, actuar, en el sentido de vivenciar, o sea actuar dentro del contexto del “como si”, dramatizar, poner en palabras los sentimientos, emociones o recuerdos por la acción dramática y luego elaborar conceptualmente, o sea “hablar de ...” (Bello, 2000).

2.3.1. Calentamiento (warming up)

Existen diversas traducciones del original inglés warming up; calentamiento, caldeamiento o atemperación. Utilizaremos el concepto calentamiento y que Ramírez (1987, p.

47) en términos generales lo define “como la preparación para cualquier acto”. Se calienta una máquina antes de ponerla a trabajar: se calienta un jugador antes de ponerse en acción. En *psicodrama* deben calentarse el director, el grupo y el protagonista, quien será el centro de la acción dramática. La efectividad de la dramatización dependerá del grado de calentamiento de aquellos que van a contribuir a la acción.

Bello (2000, p. 50) opina al respecto: “Es el momento de la preparación a la acción. Dado que el *psicodrama* se inspira en la vida, reproduce en la acción dramática algo que se da también en la vida: para cualquier acción que vayamos a realizar, se necesita una preparación previa”.

El director facilita, ayuda y dirige el calentamiento dentro de la sesión de *psicodrama*. El primer fin que se propone dentro del calentamiento, es activar la espontaneidad y creatividad tanto del director como del grupo. Para tal fin, el director puede valerse de diversos estímulos físicos y corporales, moviéndose y movilizándolo a todo el grupo para desaparecer o disminuir cualquier tensión y rigidez que note en sí mismo y en el grupo. Podrá también emplear estímulos mentales, imágenes, discusiones, sueños y, en casos muy especiales podrá valerse de algún estimulante psicoquímico (Ramírez, 1987).

Weiner y Sacks (citado por Ramírez, 1987, p. 48) escriben al respecto:

Su tarea es la de 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 la realidad.

El director deberá tener en cuenta la finalidad primaria de la sesión psicodramática, para poder escoger las técnicas que empleará en el calentamiento. Debe utilizar técnicas que promuevan la confianza y cohesión del grupo.

Finalmente, el objetivo inmediato del calentamiento es buscar y seleccionar un protagonista en el que se centre toda la actuación psicodramática. El calentamiento concluye cuando el director ha seleccionado al protagonista, se acerca a él y lo invita a pasar al escenario o al centro del salón donde se llevará a cabo la acción.

2.3.2. Acción (o dramatización)

La segunda fase de una sesión psicodramática es la dramatización o acción propiamente dicha.

Como ha podido observarse a lo largo de la fase anterior –el calentamiento–, este concluye cuando el director ha elegido al protagonista, se acerca a él y lo invita a pasar al espacio psicodramático. Durante el calentamiento, el director se integró al grupo y lo preparó para la acción. Ahora, en esta segunda fase –la acción–, toca acercarse física y psicológicamente al protagonista. El director debe disminuir la distancia física y profesional entre él y el protagonista, tanto en su postura, lugar y modo de sentarse, como en el lenguaje que usa para relacionarse con él.

Una vez sentados o acomodados junto al escenario (espacio dramático), el director entrevista al protagonista sobre el problema, sentimiento o inquietud que tiene en el presente. La entrevista debe ser breve, centrándose en el “aquí y ahora”.

A lo largo de esta breve entrevista, el director se percatará con mucha atención de todo aquello que dice el protagonista, tanto su comunicación verbal como no verbal: su modo de sentarse o estar de pie, la voz que usa, los gestos y ademanes que emplea, así como la disonancia entre estas dos.

Una vez que el director ha conseguido formarse una idea de aquello que más aflige, inquieta o perturba al protagonista, le invita a la acción poniéndose de pie y llevándolo hasta el espacio dramático donde se realizará la dramatización. Esta es la representación de la vida, sueños, fantasías y temores del protagonista.

Espina (1995), menciona que la dramatización se desarrolla en lo imaginario y no importan tanto los factores estéticos como los éticos. Cuando se vuelve a presentar, lo que interesa no es la verosimilitud, grado de ajuste a lo pasado, sino la posibilidad de cambio, alternativas a la situación problemática.

Población (citado por Espina, 1995, p. 149), señala que en la dramatización hay una puesta en juego total, donde intervienen la palabra y la acción fundiéndose ambas.

A través de esta puesta en juego:

- 1. Se suma el lenguaje corporal y gestual al verbal.*
- 2. El sujeto no relata algo sobre sí mismo sino que todo su ser habla por él y de él.*
- 3. Se establece una comunicación entre los planos racionales emocionales y corporales que se conectan en el aquí y ahora.*
- 4. Pasado, presente y futuro se funden en un presente inmediato, el momento terapéutico, que elimina el tiempo cronológico y hace surgir el tiempo intemporal del psiquismo.*
- 5. El espacio deja de ser el longitudinal del relato para pasar a ser el tridimensional de la escena vivida.*
- 6. La relación del protagonista con los otros miembros de su átomo social es revivida y observada en el aquí y ahora.*
- 7. El <<como si>> de la acción psicodramática establece un nexo fluido entre lo imaginario, lo real y simbólico, suprime las barreras que los separan y los unifica en una nueva realidad más completa.*
- 8. Hace que se desmorone la defensa a través de la palabra puesto que la obliga a acompañarse al lenguaje del cuerpo.*
- 9. Las tensiones corporales defensivas son puestas al descubierto y traducidas en emoción y palabras.*
- 10. El sujeto se convierte en el verdadero e inevitable protagonista de su labor terapéutica.*
- 11. La acción, por sí, produce una movilización de los potenciales creativos del sujeto. Es el desarrollo de la espontaneidad creadora a través del juego no estereotipado, lo lúdico como creativo.*

Lo actuado puede ser el pasado, el presente o el futuro, pero siempre representado en el presente imaginario de la escena, en el “como si”.

Ramírez (1987) opina que:

... el psicodrama empieza siempre por el presente, por la escenificación y objetivización de la situación conflictiva ... luego busca las raíces de las respuestas inadecuadas del protagonista en patrones de conducta del pasado actuando las situaciones correspondientes, después vuelve al presente para dar unidad e integración a la acción dramática y finalmente explora la dimensión del futuro bajo los mismos aspectos que guiaron la selección de las diversas escenas presentadas.

A este tipo de *psicodrama* algunos autores le llaman *psicodrama* vertical. Existe el *psicodrama* horizontal y es aquel en el que sólo se exploran distintas escenas del presente. Son sesiones psicodramáticas más breves y con un fin más didáctico que terapéutico.

Y bien esta es la segunda fase de una sesión psicodramática, siguiéndole en orden la tercera y última fase –el compartir–.

2.3.3. Compartir (o sharing)

La tercera fase de una sesión psicodramática es de suma importancia y podría señalarse que su principal objetivo es reintegrar al protagonista al grupo y promover una especie de catarsis grupal (Ramírez, op.cit.).

La palabra más adecuada para traducir *sharing* es *compartir*. Tras una fuerte emoción que causa la representación, el público o audiencia tiende a contagiarse de lo sucedido en escena.

El paciente o protagonista, se ha sincerado ante el grupo, se ha descubierto mostrando sus conflictos intrapsíquicos o sus problemas familiares e interpersonales. Guiado por la libre asociación de la acción, apenas y se percata del efecto que su drama produce en el grupo.

Un silencio de reflexión puede ser la antesala a una necesidad de comentar los recuerdos, fantasías y conexiones con el propio sujeto que la dramatización ha suscitado. El director facilita la expresión de estos sentimientos, se muestra cálido con el protagonista e incluso puede compartir alguno de sus sentimientos. Para mostrarle que no es el único ser en el mundo con tales

problemas, el director puede relatar de forma sincera y con valor, algunos momentos o experiencias que él ha tenido en su vida y que guardan cierta relación con la conflictiva presentada por el protagonista, para luego invitar al grupo a participar de la misma manera, de aquellas vivencias, conflictos o experiencias personales que la actuación del protagonista les ha traído a la memoria. El director advertirá que no se trata de dar interpretaciones o un análisis a tales situaciones (Ramírez, 1987).

Si el protagonista narró aspectos de su vida con toda honestidad, lo menos que el grupo puede hacer es corresponder a esa confianza hablando sinceramente de la propia. De tal forma que todos los asistentes: director, yo-auxiliares y protagonista, quedan al mismo nivel vivencial. Algunos se encuentran aún sumergidos en la misma conflictiva del protagonista, otros tal vez ya la solucionaron o están a punto de hallarle solución; pero todos coadyuvan a aumentar la confianza del protagonista porque ya no se siente solo en sus problemas; él también podrá encontrar una solución adecuada.

Espina (1995, p. 150) dice al respecto: “Esta parte representa una caja de resonancia de la escena, así como un análisis de la misma. Se ejerce una catarsis ... de grupo”.

Estas tres fases –calentamiento, acción y compartir- no podrían llevarse a cabo sin los siguientes elementos que conforman el *psicodrama*.

2.4. Elementos del *Psicodrama*

El *psicodrama* fluye sobre un esqueleto que da unidad y dirección a la acción dramática. Estos elementos que le dan vida son: el director, los yo-auxiliares, el protagonista y los demás miembros del grupo, también conocidos como audiencia, así como, el espacio dramático.

2.4.1. El Director

Es el elemento principal dentro de una sesión de *psicodrama*. “De su dinamismo y personalidad; de su conocimiento, experiencia y confianza en el método psicodramático, dependerá en gran parte el éxito de una sesión terapéutica” (Ramírez, 1987, p. 67).

El director es un individuo con una formación clínica amplia, con un sólido conocimiento en los métodos, principios y técnicas psicodramáticas; una comprensión de las teorías de la personalidad y su relación con una filosofía de la vida en evolución, así como un desarrollo personal y una madurez, revisados por medio de un tiempo suficiente en *psicodrama* didáctico y supervisión.

Su función es poner todo esto en práctica y al servicio del grupo, y de esta manera ofrecerles la oportunidad de actuar en un nivel de espontaneidad que les permita conocer sus problemas y conflictos, y les facilite buscar soluciones y desarrollar al máximo su espontaneidad, su sensibilidad y sus roles, en beneficio de una posibilidad de vida más gratificante. Desde una perspectiva dinámica es el coordinador y productor del grupo psicodramático (op. cit.).

2.4.1.1. Funciones del Director

La función del director dentro de una sesión psicodramática es triple: como productor, como analista social y como terapeuta (Moreno, 1978).

2.4.1.1.1. El Director como Productor

La renovación del teatro y el desarrollo de la espontaneidad, primeramente en los actores y secundariamente en el grupo, era el fin principal de Moreno cuando dio origen a su “Teatro para la Espontaneidad” hacia 1921. Por lo que la tarea específica del director como productor es hacer actuar a los miembros de la sesión psicodramática en un nivel de espontaneidad, en el que el director elige el argumento y a los actores. Estos espontáneamente, sin ensayos, desarrollan las escenas que el director-productor señala.

Espina (1995) diría al respecto que su función es preparar al protagonista para el desempeño de la acción; diseña con él la escena y le ayuda “imaginariamente” a distribuir el mobiliario y meterse en situación.

Ramírez (1987, p. 68) señala, dentro de las funciones del director como productor, “su preocupación por la posición de los actores, sus movimientos, la coordinación de las palabras y de su acción, y, sobre todo, la responsabilidad de organizar rápidamente el argumento de modo que satisfaga las necesidades personales de los actores y de los espectadores”.

Moreno (1978, p. 338) menciona, el director como productor es “un ingeniero de coordinación y producción. A diferencia del dramaturgo, trata primero de hallar su público y sus

personajes, extrayendo de ellos el material de un argumento. Con su ayuda elabora una producción que satisface las necesidades personales y colectivas de los personajes, así como del público que se dispone”. Escribe también que el director debe seguir unas reglas generales respecto a las ideas del argumento, la rapidez de la acción, la posición de los actores en el escenario y la interacción entre ellos. El director debe formular para cada situación específica la idea dominante, el tiempo deseable, la mejor posición y el patrón ideal de la interacción.

Si el argumento y los detalles de la producción son planteados por el director, se tiene una producción dramática de Teatro de Espontaneidad. Pero si el argumento y las escenas se toman de la exploración terapéutica de las necesidades del protagonista, se tiene un *psicodrama*.

2.4.1.1.2. El Director como Analista Social

Referirse a las funciones del director como analista social es hablar principalmente sobre la producción sociodramática. En un contexto social, el director investiga y trata los conflictos socioculturales, étnicos y religiosos del grupo. Su interés no se centra en la problemática del protagonista ni de los individuos que conforman la audiencia, sino en los conflictos del grupo como tal. En el sociodrama, el director se pone también en contacto con la audiencia, investiga su problemática grupal y de ahí arma la trama de la acción sociodramática. Aunque la acción sea inspirada por el conocimiento e investigación previa del grupo, sobre el director recae la mayor responsabilidad en cuanto la planeación y ejecución de la misma, aún cuando deje a la espontaneidad de los participantes los detalles de la ejecución.

Como analista social, emplea a los yo-auxiliares como extensiones suyas para obtener información de los sujetos que están en el escenario, para someterlos a prueba y para influirlos, para fomentar la espontaneidad del protagonista o confrontarle con todo aquello que evita en su relación con los otros.

El director deberá tener en cuenta las reglas de una producción dramática a fin de que tenga unidad y las escenas tengan relación, coherencia y un final adecuado. De igual forma, este investigará los ideales, problemas y prejuicios que el protagonista haya heredado del grupo étnico, social, político y religioso a que pertenece. Esto lo realizará durante la breve entrevista que tiene con el protagonista antes de iniciar la acción. Además, durante la sesión psicodramática, auxiliado por los yo-auxiliares, explora la relación que tiene el protagonista con su átomo social y la causalidad que esta relación puede tener con la problemática del protagonista.

2.4.1.1.3. El Director como Terapeuta

Aún cuando el director de *psicodrama* no descuide su carácter de productor de escena y de analista social, su principal función es la de terapeuta. Moreno (citado en Ramírez, 1987, p. 69) dice “el director es el símbolo de una acción balanceada; de la orquestación, integración, síntesis y fundición de todos los participantes en la acción” .

Como terapeuta ha de usar sus recursos empáticos, para identificarse con el protagonista, sentir como él siente y, a la vez, salirse de él para poder bromear o “atacarle” cuando sea necesario.

2.4.1.2. Funciones específicas del Director

El director es el eje de toda sesión psicodramática. Descansa en sus hombros la responsabilidad final por el valor terapéutico de la producción total. Su entusiasmo y confianza en los métodos psicodramáticos contagiarán al grupo llenándolo de vitalidad y ganas de trabajar.

Su tarea es hacer actuar a los sujetos, en el nivel espontáneo que beneficia a su equilibrio total, inducir a los yo-auxiliares y excitar a la audiencia a una experiencia catártica. Sus funciones dan inicio desde que aparece ante el grupo. Deberá observar el lugar que cada individuo elige para sentarse, si se encuentran cerca o lejos del escenario, si forman diversos subgrupos o se aíslan sin relación alguna. Análisis que le permitirá obtener una perspectiva del grupo y de su interés o recelo por la sesión; le indicará el grado de ansiedad de los participantes y su cohesión o aislamiento. Entonces entra en acción.

Entre el espacio dramático y la audiencia, estará la posición que tome el director, a uno de los lados, para darse cuenta tanto de lo que va sucediendo en el espacio dramático como de las reacciones del grupo a cada escena y a los diálogos entre el protagonista y los yo-auxiliares que representan a las personas de su conflicto. Se sitúa, de forma flexible y según la ocasión, dentro y fuera del grupo.

El director lleva la secuencia dramática, mide intuitivamente el calentamiento del grupo en general y del protagonista en particular. Entrar en forma prematura en la acción psicodramática podría provocar el aborto de la misma; dilatar la dramatización demasiado, prolongando la entrevista y el calentamiento, disminuye la vitalidad y dinamismo de la acción.

Moreno (1978, citado en Ramírez, 1987, pp. 70-71) escribe al respecto:

Si la dramatización se intenta demasiado pronto y abruptamente, la tensión del individuo será mayor que si la acción se intenta cuando el protagonista está listo para la presentación. Asimismo, si la dramatización se efectúa muy tarde, el individuo ya habrá pasado el periodo cumbre del proceso del calentamiento.

El tiempo de duración tanto de cada escena como de los diálogos debe también ser una preocupación del director. Estas no deberán ser tan prolongadas que vayan más allá del interés de la audiencia, ni tan cortas como para que el protagonista no alcance a comprender de qué se trata. La escena debe ser estética, es decir, debe contar con una preparación, acción y terminación. Para tener variedad, unidad y coherencia, las diversas escenas que se siguen una a otra deben estar enganchadas por la problemática del protagonista y éstas deberán ser sugeridas por él ya sea por su comunicación verbal o por lo que expresa en forma no verbal.

El director implementa las técnicas y los recursos del *psicodrama*; no debe pasar por alto que una sesión psicodramática no se planea con anterioridad, la ruta a seguir dependerá del calentamiento del grupo, del protagonista y de las pistas que dé este último en cada escena. El director ha de usar sus recursos empáticos, para identificarse con el protagonista, sentir como él siente.

Algo que no debe olvidar el director es; que los yo-auxiliares son sus asistentes, debe proporcionarles lugar y tiempo para que ellos tomen conciencia de la problemática al recabar información mediante el cambio de roles, debe permitirles que actúen en completa libertad y

espontaneidad. La reacción del protagonista a la intervención o sugerencia de los yo-auxiliares darán pautas al director para plantear la siguiente escena.

Moreno (1978, p. 344) comenta:

El director debería trabajar con un gesto mínimo de energía emocional. Una vez que una producción ha comenzado debe dejar su desarrollo al sujeto. Donde y cuando se requiere orientación debe dejarla al yo-auxiliar que participa en las escenas. Debe aprovechar el hecho de que los yo-auxiliares son extensiones de su propia persona, permitiéndoles comprometerse subjetivamente, pero manteniéndose él mismo a distancia, objetivo y no implicado Cuanto más relajado esté, mejor podrá focalizar su atención en el desarrollo de toda la sesión, observando especialmente las reacciones del público.

2.4.1.3. Funciones del Director en cada fase de un Psicodrama.

Siguiendo las tres fases de una sesión psicodramática, las funciones específicas del director pueden ser:

a) Funciones durante el calentamiento

Escucha del grupo, incluyendo el análisis e interpretación de los silencios. En este momento las sensaciones del terapeuta son muy útiles para percibir lo que sucede en el grupo, sobre todo aquellos aspectos latentes que se encuentran tras lo manifiesto.

Durante la etapa del calentamiento, el director tiene la función específica de preparar al grupo, calentarlo para la acción y seleccionar al protagonista o protagonistas que han de ser el centro de la acción psicodramática.

Pero algo muy importante, el calentamiento del grupo debe iniciar con la preparación propia del director, si éste se encuentra agobiado de trabajo y de problemas personales, no está en condiciones de dirigir una sesión. Si no puede recobrar su energía o no puede dejar sus problemas a la puerta del salón, deberá declinar la dirección.

Del director proviene la fuente de entusiasmo que ha de infundir en los demás, para lo que se requiere que él mismo esté lleno de entusiasmo e interés por el método psicodramático. Iniciará cada sesión como si se tratara de una nueva aventura (Ramírez, 1987).

De igual forma que el director entra en reflexión para detectar su estado emocional y físico, al inicio de cada sesión este debe observar la condición en que se haya el grupo, su integración, su interés y su actitud respecto hacia la misma. Debe valorar intuitivamente qué relación tele –positiva o negativa- tienen respecto a él mismo.

Después de esta reflexión estará en condiciones de emplear aquellos ejercicios de calentamiento y dinámica que juzgue más apropiados para relacionar al grupo y promover su espontaneidad.

b) Funciones durante la acción

Además de la dirección de la escena, ha de ser un facilitador, compañero y maestro del protagonista.

Elegido el protagonista, el director le prepara para la representación. Procederá a prepararlo para una acción fructífera, iniciando con una breve entrevista en la que se podrán aclarar algunos puntos y relacionarse más con él. Se hace indispensable la confianza del director en sí mismo, en el protagonista y en la eficacia del método psicodramático.

La descripción minuciosa de los detalles es de gran ayuda para entrar en situación, pero antes el protagonista debió haber conseguido un muy buen calentamiento a nivel físico, para estar dispuesto a dramatizar.

Una vez que el director ha conseguido algunos puntos concretos se lanzará a la acción. Cabe señalar que los sueños, las fantasías o las mismas alucinaciones de pacientes mentales pueden ser puntos que guíen al director al centro del problema. A lo largo de la dramatización, por su dinamismo y espontaneidad, tanto del protagonista como de los yo-auxiliares, el director podrá ir aclarando matices y oscuridades que al principio no eran muy claros o que simplemente no parecían tener relación alguna unos con otros.

El director tomará en cuenta siempre el momento presente. De tal forma, que siempre organizará la primer escena alrededor del problema que en ese momento agobia al protagonista. El director dirá al protagonista que en lugar de hablar del problema mejor lo van a ver, para lo que lo induce a subir al escenario y dar una idea del lugar y tiempo en el que sucede el conflicto, pero siempre platicándolo en presente “como si” estuviera sucediendo en ese momento. El director hará preguntas concretas como: ¿en dónde estás?, ¿qué mobiliario se encuentra?, ¿con quién estás?, ¿qué es lo que más te llama la atención?... le podrá decir que coloque sillas, una

mesa, una cama... etc., es decir, objetos que describan perfectamente el área en la que se encuentra. Le podrá pedir también que detalle uno a uno de los objetos que le rodean, todo ello, con la única finalidad de revivir la escena con mayor fuerza (Ramírez, 1987).

Una vez especificado perfectamente el espacio el director pedirá al protagonista dé inicio a la trama; que tome el papel de la persona o personas con las que tiene el conflicto y cambiando de lugar, posición y tono de voz, según las diferencias que el protagonista percibe de los otros, el protagonista comienza el diálogo de acuerdo a la conflictiva. El director realiza todos estos pasos con la finalidad de preparar a los yo-auxiliares que han de tomar más tarde el lugar de las personas que entran en conflicto con el protagonista. La elección de los yo-auxiliares corresponde generalmente al protagonista, en muy raras ocasiones corresponde al director la elección de un yo-auxiliar entrenado y de conocida espontaneidad y creatividad para asumir el rol. Sin embargo, la decisión será siempre del protagonista.

Una vez que comienza la acción el director pasa a una posición de espectador, dejando transcurrir su desarrollo pero atento a lo que allí sucede para introducir cambios o nuevos yo-auxiliares.

El director permitirá que tanto lo dramatizado como los diálogos se extiendan mientras éstos den nueva luz a la situación del protagonista, pero en cuanto éstos se alarguen de forma repetitiva, el director podrá cambiar de escena tomando como punto de partida las pistas que el protagonista ha dado; tanto al tomar cada uno de los roles de las personas con las que interactúa

en su conflictiva, como con la relación que mantiene con los yo-auxiliares que representan a esas mismas personas.

La representación dramática de la conflictiva del protagonista tiene como finalidad objetivizar su mundo confuso interpersonal, intrapersonal, subjetivo y hasta imaginario o fantástico, de forma tal, que tanto el protagonista como los demás miembros del grupo lo puedan ver y casi palpar con objetividad.

Moreno (citado en Ramírez, 1987, p. 77) menciona al respecto:

Puesto que no podemos llegar hasta el fondo de la mente para ver lo que el individuo percibe y siente, el psicodrama intenta, con la ayuda del paciente, poner la mente 'fuera' del individuo y objetivizarla dentro de un universo tangible y controlable Su objetivo es hacer toda la conducta del paciente directamente visible, observable y controlable. El protagonista tiene así un encuentro directo consigo mismo.

El director, forma parte importante y esencial del grupo terapéutico psicodramático, pero, como antes ya se había mencionado, debe tener plena confianza en sí mismo y en el grupo para poder entrar en el mundo distorsionado y enfermizo del protagonista y después ofrecerle un mundo nuevo.

El director deberá estar atento a todo tipo de mensajes verbales o no verbales, conscientes e inconscientes, que emita el protagonista para ayudarle a aclararlos.

El director debe ver constantemente la situación que prevalece en el grupo, incluyendo la acción psicodramática, y crear nuevas situaciones en que se manifiesten y puedan resolverse los patrones de conducta derrotistas del paciente y del grupo. Es esencial que el director pueda pensar al estar sobre sus pies y observar todas las pistas de comunicación verbal y no verbales del protagonista y del grupo mientras está cumpliendo su función primaria de dirigir la sesión de tal forma que todos puedan sacar conocimientos e insight (Yablonski citado en Ramirez, 1987, p. 79).

El director deberá ser algo así como una especie de termómetro personal para medir el calentamiento emocional tanto del protagonista como del grupo, para no llevar la situación más allá de la tolerancia emotiva del grupo ni quedarse atrás debido a su inseguridad personal o a la proyección de sus propios problemas.

Podría decirse grosso modo, que el director debe estar atento absolutamente a todo lo que se dice, se hace o se insinúa en el escenario.

c) Funciones durante el compartir

Es el momento de compartir lo que el grupo ha sentido o las vivencias personales que la escenificación ha despertado.

Al término de la escena, el director debe sacar al protagonista de ese estado de trance, introducirlo de nuevo al grupo y promover la acción grupal por medio de la participación. Una vez sentado el protagonista junto al director, frente al grupo, el director pedirá a la audiencia que exprese de forma verbal o no verbal sus reacciones a la dramatización psicodramática del protagonista. Cuidará que el compartir sea sincero y de acuerdo al trabajo realizado y que no

existan interpretaciones ni críticas. El director puede incitar al grupo, si lo encuentra muy bloqueado y no arroja con sus comentarios al protagonista, o dejar que las intervenciones fluyan de forma espontánea.

Esta tercera y última fase del *psicodrama* –el compartir– es de suma importancia y requiere de mucho tacto y experiencia por parte del director.

Y bien, otro elemento dinámico del *psicodrama* son los yo-auxiliares.

2.4.2. Yo-auxiliares

Los yo-auxiliares son asistentes terapéuticos que ocupan un lugar intermedio entre el director y el protagonista.

Los yo-auxiliares son aquellos que ayudan a dar vida y a corregir, el drama personal o colectivo del protagonista. Son miembros del grupo que durante la sesión psicodramática ocupan el lugar de personas o cosas del átomo social del protagonista. Son actores que representan a personas u objetos tal como aparecen en el mundo privado del paciente.

Moreno (citado por Ramírez, 1987) llama yo-auxiliar a la persona que durante la sesión, será su asistente y tomará el papel de las personas, objetos y situaciones familiares o sociales que son parte esencial del conflicto del protagonista.

Los yo-auxiliares forman parte del equipo terapéutico y requieren un entrenamiento especial que desarrolle y perfeccione su sensibilidad clínica y psicológica; sensibilidad que les permita captar con rapidez y fielmente los rasgos característicos de la persona a representar. Por otra parte, requieren terapia personal para dejar fuera de la intervención terapéutica su propia problemática y poder representar espontánea y libremente el tipo descrito por el protagonista.

Sin embargo, el protagonista puede elegir como yo-auxiliares a miembros del grupo. Podría decirse que los mejores yo-auxiliares son expacientes que se han recuperado aunque sea momentáneamente, pues éstos no cuentan con una preparación profesional, pero sí con una mayor comprensión de los problemas del protagonista.

El cometido de los yo-auxiliares es la representación de las percepciones de los roles internos o de las figuras que dominan el mundo del paciente. Cuanto más adecuadamente las representen mayor será el efecto que ejerza sobre el paciente.

En el uso de la técnica de yo-auxiliares se ha venido dando un desarrollo progresivo. En un principio, el mismo Moreno actuaba como yo-auxiliar y terapeuta; más tarde recurrió a yo-auxiliares entrenados por él mismo que lo asistían en las sesiones; por último, empezó a utilizar yo-auxiliares elegidos por el protagonista durante la sesión, no importando la presencia de yo-auxiliares profesionales dentro del grupo. Situación que ha permitido que la sesión sea más benéfica y de mayor dimensión terapéutica, pues siguiendo el concepto de Moreno llamado "tele", el protagonista elige casi siempre para el desempeño de roles de su átomo social, a aquellos integrantes del grupo involucrados en su problemática. Haciéndose realista en este caso,

la actuación del problema, ya que se realiza con personas que han vivido o están viviendo la misma problemática, y por lo tanto, el protagonista puede enfrentarse a la situación conflictiva con más efectividad por la gran aproximación de la producción psicodramática a la situación existencial de su vida (Ramírez, 1987).

Dentro del *psicodrama* clásico, la regla general existente es que el paciente puede elegir o rechazar a los yo-auxiliares que desempeñan los roles importantes en su vida, y, al contrario los yo-auxiliares son libres de aceptar o no participar con el paciente. Sin embargo, existen excepciones en las que el paciente tendrá que trabajar con un yo-auxiliar determinado en un rol especial, creado sin su consentimiento (Moreno, 1978).

2.4.2.1. Funciones del Yo-auxiliar

Las funciones específicas del yo-auxiliar se pueden resumir en tres; la primera, la de actor, es la de representar los papeles requeridos por el mundo del protagonista, la de representar a la persona ausente tal como se la describe; la segunda es la de investigador social; habla desde el rol representado como actor, investiga en su interacción con el protagonista la relación conflictiva entre éste y la persona que representa, y la tercera, la de guía que hace ver al protagonista otros aspectos de la persona que le causan conflicto, forma con el psicodramatista la unidad funcional de la terapia.

2.4.2.1.1. Funciones del Yo-auxiliar como Actor

El yo-auxiliar representa los roles tal y como los describe el protagonista. Su función es objetivizar la proyección subjetiva que el protagonista está haciendo, a fin de que éste la vea fuera

de sí, viviente y palpitante con todos los defectos, fantasías e idealizaciones con que la ve el protagonista.

Moreno (citado por Ramírez, 1987, pp. 113-114) escribe al respecto: “El yo-auxiliar debe estar convencido de que el paciente tiene razón. No basta que represente el papel que le asigna el protagonista; debe además creer y convenir que el protagonista tiene razón desde su punto de vista subjetivo, y esto es posible porque todo “yo” tiene razón desde su propia perspectiva ... La primera función del yo-auxiliar es vivir la subjetividad del paciente ...”.

Los tipos de roles que representa el yo-auxiliar son muy variables: Personas reales, personajes imaginarios, partes del sujeto (físicas o psíquicas), animales o cosas, animados o inanimados. Pueden ser reales, simbólicos o sólo una ficción de su imaginación; pueden ser personas o animales que viven actualmente o que ya han muerto y que sólo “viven” en el recuerdo obsesivo del paciente. Corresponden al pasado, presente o futuro, pero siempre se desempeñan “como si” sucedieran en ese preciso momento, es decir, en el “aquí y ahora” de la dramatización.

El yo-auxiliar requiere de una confianza plena en sí mismo que le permita estar seguro de que su personalidad no se distorsionará ni se desquebrajará al penetrar en los laberintos oscuros y tenebrosos de la personalidad del protagonista.

2.4.2.1.2. Funciones del Yo-auxiliar como Investigador Social

El yo-auxiliar como investigador social, habla desde el rol representado como actor, interactuando y dialogando con el protagonista. Trata de comprender y poner de manifiesto al protagonista lo que la otra persona siente por lo que él le expresa (amor, coraje, odio...). Como el yo-auxiliar es solo un representante de la otra persona, el protagonista puede escuchar con mayor calma los sentimientos que el yo-auxiliar le presenta como venidos de la persona.

2.4.2.1.3. Funciones del Yo-auxiliar como Agente Terapéutico

La tercera función del yo-auxiliar como agente terapéutico va implícita en las otras, en primer lugar, al representar objetivamente las proyecciones subjetivas que el protagonista ha hecho de la otra persona, y al reportarle lo que las mismas le hacen sentir como si fuera la otra persona. Sólo después de que el protagonista es capaz de ver objetivamente lo que está haciendo y causando en los demás, éste podrá decidirse a modificar su conducta y, en segundo lugar, puede servir de agente terapéutico en la interacción con el protagonista sacando a la luz pública las necesidades insatisfechas de antiguas frustraciones y que lo llevan a actuar negativamente contra otras personas de su átomo social. Cuando el protagonista ve y acepta la imposibilidad de recibir aquello que espera de la otra persona y lo experimenta por parte del yo-auxiliar; deja de estar mirando hacia el pasado y abre las puertas a lo que el presente y el mundo que le rodea le ofrecen, podrá dirigir su mirada hacia el futuro (op. cit.).

2.4.2.2. Cualidades que debe tener el Yo-auxiliar

Ramírez (1987) describe cinco cualidades que deben contemplarse en un yo-auxiliar.

- a) Integración personal, que le capacite a reconocer sus conflictos tanto personales como familiares a fin de no confundirlos con los del protagonista.
- b) Sensibilidad, que le permita captar mediante las indicaciones del protagonista el carácter de la persona que representa.
- c) Intuición clínica, para ver y comprender que debajo de los síntomas y dificultades externas que surgen entre dos o más individuos, existen generalmente necesidades insatisfechas que han sido reprimidas y por lo tanto no son reconocidas.
- d) Fé firme en la tendencia a la salud mental, es decir, convicción profunda de la tendencia del protagonista hacia la salud mental e integración personal.
- e) Valor y arrojo, al representar fielmente las obsesiones, proyecciones e ilusiones del protagonista.

2.4.3. El Protagonista

Otro elemento dinámico dentro de una sesión psicodramática es el protagonista. “El protagonista es el que realiza la acción. En su sentido etimológico es el primero que se debate, el que inicia la lucha por alcanzar su libertad (Población, 1990). Moliner (1977) extiende su significado a la vida cotidiana y lo eleva a la categoría de héroe” (Espina, 1995, p. 139).

El protagonista es el actor principal de la dramatización; es aquél sobre el que se centra la acción dramática, la atención, cuidado y ayuda del grupo y principalmente del director quien lo ha preparado para la acción. Su elección depende de quien reclame con más ansiedad su intervención. Ramírez (1987) agregaría que no sólo debe tenerse en cuenta cuál es la persona con

mayor necesidad de tratamiento, sino también cuál es la persona que puede tener mayor eco o repercusión en todo el grupo por el problema que le aflige.

El papel más importante del protagonista dentro de la acción psicodramática es su función terapéutica en relación con el grupo; el protagonista se presenta a sí mismo y su problema con la realidad de su vida, dibuja su propio mundo real y privado que en algún punto se parece al del grupo, esto es lo que da su eficacia al *psicodrama* ya que tanto el protagonista como el grupo se enfrentan a la realidad de la vida.

El protagonista es el que propone el material de la dramatización, es el autor y actor principal. Puede representar diversos contenidos: representación de símbolos, representación del pasado, actuación viva de una problemática actual de carácter angustiante o traslación de sí mismo al futuro (Moreno, 1975).

El protagonista puede ser un sujeto del grupo, un subgrupo o todo el grupo. La decisión de salir a escena es de los participantes, no debe forzarse a nadie.

Un elemento más dentro de la obra de Moreno es la audiencia.

2.4.4. La Audiencia

Para Bello (2000, p. 49) no es otra cosa más que la parte del grupo que en ese momento no está participando en la acción. Diversos autores le denominan “grupo” pero para la autora, el grupo comprendería tanto a los yo-auxiliares como al protagonista. A lo largo de este trabajo se le

llamará audiencia. “Por ser poco utilizada la palabra en español, podemos consagrarla como un término técnico que designa esta población, que por un momento queda fuera del área del espacio dramático, pero que está siempre participando, aún desde el silencio, y vierte luego esta participación en el momento de compartir o sharing”.

Son los asistentes a la representación. Su papel no se limita a conformar simplemente un círculo de observadores. Su participación es desde el comienzo hasta el final de la sesión. Pueden tomar la decisión de lo que se va a presentar, colaboran en la dramatización y comentan sus vivencias.

Esta participación especial de la audiencia es señalada también por Blatner (en Espina, 1995, p. 146). “A diferencia del público convencional, el público en el psicodrama con frecuencia tiene un papel activo con la participación en la exploración de sus sentimientos por parte del protagonista”.

Dentro de una producción, la audiencia es el mundo para el protagonista. Lo puede inhibir pero también lo puede confrontar con una realidad. La audiencia puede colaborar también, como coro, durante la representación o convertirse en el protagonista de la misma, situación que ocurre muy a menudo en las dramatizaciones grupales.

“El público llena un doble objetivo: Puede ayudar al paciente o puede convertirse él mismo en paciente. Al ayudar al paciente se convierte en caja de resonancia de la opinión pública... Cuanto más aislado está el paciente... Tanto más importante resulta para él la presencia

de un grupo que está dispuesto a prestarle su reconocimiento y su comprensión. Si el público es ayudado por el protagonista de tal manera que se convierte él mismo en paciente, la situación cambia: el público se ve representado en escena en uno de sus síndromes colectivos” (Moreno, 1975, p. 112).

2.4.4.1. Influencia de la Audiencia en las fases del *Psicodrama*

La audiencia influye de diferentes maneras a lo largo de una sesión psicodramática dependiendo de la fase en que se encuentre la misma.

a) Durante el Calentamiento

La audiencia ayuda al director en cuanto a romper el aislamiento y ablandar la rigidez de aquel que habrá de ser el protagonista, lo logra a través del establecimiento de una atmósfera de espontaneidad y confianza que permitirán al protagonista desenvolverse con mayor libertad. La audiencia ayuda también en la selección del protagonista, ya sea eligiendo al miembro del grupo que pueda representar mejor sus problemas colectivos o dialogando abiertamente con el director, para que éste pueda escoger a aquel que tenga una gran necesidad de dramatizar sus conflictos.

b) Durante la Acción

La audiencia participa como terapeutas asistentes, tanto porque de la misma salen los yo-auxiliares que intensifican la acción, como por su presencia empática aunque silenciosa en cuanto a todo lo que acontece en escena. Sus gestos, su respiración, sus movimientos y aún su silencio son captados por el protagonista e influyen en lo que éste está presentando.

A cada instante se da uno cuenta de que la audiencia está ahí, que lo escucha, lo comprende y lo apoya.

c) Durante el Compartir (sharing)

Por último, la audiencia logra hacer más efectiva la acción terapéutica cuando al término de esta viene cada uno a compartir con el protagonista sus experiencias dolorosas o gozosas de la vida y que concuerdan con las manifestadas por el protagonista. Esta co-participación de las desdichas y las alegrías de la vida, permiten al protagonista darse cuenta de que no está solo en el mundo; de que otros han pasado por experiencias similares a las suyas.

2.4.5. El Escenario

Recibe el nombre de escenario o espacio psicodramático. El escenario es una ampliación de la vida que rebasa los límites impuestos en la vida real. Rodea a los pacientes con un espacio vital multidimensional y móvil.

Lugar de encuentro entre la fantasía y la realidad, es un espacio imaginario que nace del grupo. Se "crea", como tal, en el momento que se inicia el grupo, ya que antes, como afirma Población en Apuntes de Psicodrama (1990), es: un salón vacío, hueco de sentido, o, como mucho, depositario de unas expectativas, al entrar y acomodarse el grupo, el espacio se convierte en "espacio grupal", espacio virtual creado por la presencia del grupo y continente a su vez del grupo (Espina, 1995, p. 137).

La arquitectura ideal del escenario está conformada por cuatro niveles.

2.4.5.1. Niveles del Escenario

El Teatro Terapéutico de Moreno en Beacon, N.Y., cuenta con un escenario que consta de tres niveles en forma circular y un balcón que vendría siendo el cuarto nivel dedicado a los Dioses, Mesías o Héroes. Cada uno de ellos tiene un significado simbólico y se realizan actividades específicas.

a) Nivel de la Espontaneidad

Este primer nivel es el primer escalón del escenario, es donde el director recibe al grupo y da inicio al calentamiento con el protagonista que el grupo le ofrece. El director forma parte del grupo, es uno de ellos, baja metafóricamente de su papel profesional para integrarse al grupo.

b) Nivel de la Reflexión

Es el segundo escalón, el de crecimiento, donde se prepara la escena a representar. Por el se mueve el protagonista realizando un soliloquio en voz alta sobre su problemática. Se eligen a los yo-auxiliares como antagonistas. La preparación de estos ocurre inicialmente en este nivel.

c) Nivel de la Dramatización

Este tercer nivel corresponde a la dramatización. Intervienen el protagonista y los yo-auxiliares. Aquí es donde el protagonista se enfrenta a la lucha interna de su psique, donde encara con la ayuda de los yo-auxiliares a las personas de su átomo social y que forman

parte de su situación conflictiva. Este nivel ofrece al protagonista y a los yo-auxiliares toda la libertad para la acción y la expresión a un nivel de espontaneidad y creatividad.

d) Nivel de la Relaciones Trascendentales

El cuarto nivel o balcón se utiliza cuando interesa poner distancia física o subrayar el nivel diferente donde se actúa. Es el nivel del más allá, de los ideales que también conforman la personalidad del protagonista. Está destinado a personajes relevantes o conceptos elevados como por ejemplo, la conciencia y el deber. También es el nivel donde el protagonista coloca, con auxilio de los yo-auxiliares las figuras que le funcionan de inspiración en el camino de su vida.

En la actualidad no se hace necesario este aparato escénico, basta una sala amplia, unas sillas móviles y pocas cosas más. La influencia dinámica que Moreno otorga al escenario puede ser transferida a cualquier lugar donde se realice una sesión psicodramática, lo esencial consiste en seguir los lineamientos del método psicodramático.

2.5. Técnicas psicodramáticas

Ramírez (1987, p. 133) señala que se entiende por técnicas psicodramáticas a: “aquellos medios de que se vale el director de psicodrama para integrar a todos los miembros del grupo y movilizarlos hacia una mayor participación, actuación e involucración en los problemas personales”.

Para la selección de una técnica, el director deberá tomar en cuenta los siguientes puntos:

- 1) El director estará consciente tanto de su estado emocional como de su personalidad, con la finalidad de que las técnicas que emplee estén acordes a su estado de ánimo, a su mentalidad y a su modo de trabajar.
- 2) Las técnicas a emplearse deberán ser apropiadas y corresponder al tipo de grupo con que se trabaja.
- 3) Las técnicas empleadas deberán corresponder a la finalidad del director y a la situación emocional y conflictiva del protagonista y del grupo.
- 4) Por último, las técnicas que se utilicen en *psicodrama* deberán corresponder a la naturaleza activa y grupal del método psicodramático.

Por otro lado, cabe señalar que la experiencia con la que cuente el director en el método psicodramático y la conciencia personal y objetiva de sus capacidades y limitaciones, al igual que su tacto y destreza en relacionarse con el grupo y el protagonista, determinarán el éxito o fracaso de las técnicas empleadas.

Existen una gran cantidad de técnicas psicodramáticas, junto con cientos de variaciones y modificaciones. Muchas han sido tomadas directamente de Moreno y otras han sido adaptadas de diversas orientaciones, especialmente de la psicología humanista, de la bioenergética y del movimiento de crecimiento personal. Sin embargo, no es intención de este trabajo mencionar todas las técnicas que pudieran existir, por lo que nos limitaremos a describir las técnicas principales o básicas.

2.5.1. Cambio de roles

Esta técnica es uno de los mayores inventos de Moreno. El cambio de roles, como su nombre lo indica, consiste en que el protagonista tome el lugar y papel de la persona opuesta. Una de las ventajas que ofrece esta técnica es que el protagonista “se pone en la piel del otro” y se ve obligado a ver la situación bajo su punto de vista. Por otro lado, al hablar como el otro en el cambio de roles, el protagonista se da cuenta de una manera más real de lo que el otro piensa y siente de él. Una tercer ventaja sería que el cambio de roles saca inesperadamente al protagonista de sus defensas habituales bajo las cuales sólo ve y oye lo que le conviene, y empieza a tener de sí y de la otra persona una percepción nueva y más objetiva.

2.5.2. Técnica del espejo

Esta técnica se emplea cuando el paciente es incapaz de representarse a sí mismo ya sea con palabras o acciones. El director pide a un miembro del grupo que se sitúe dentro del espacio psicodramático y repita la acción, diálogo y reflexiones del protagonista tal como él las percibe, pero hablando siempre en primera persona como si fuera él mismo el protagonista; mientras, el protagonista se coloca en la parte reservada al grupo, así verá la acción a distancia y calladamente. Si con esta representación el protagonista no cae en la cuenta de su modo de pensar y actuar en la vida, el director puede sugerir al yo auxiliar que al servir de espejo exagere la representación a fin de que el protagonista se vea obligado a corregir la presentación.

2.5.3. El Doble

Dentro de esta técnica, el yo-auxiliar dice o hace lo que el protagonista no puede por sí mismo. Interpreta la realidad del protagonista, pero no en forma intelectual sino desde la identificación con él.

El yo-auxiliar proporciona al paciente algo así como un segundo “yo”, actúa como si fuera la misma persona e imita al paciente en cada uno de sus gestos y movimientos.

2.5.4. El soliloquio

Como su nombre lo indica, el soliloquio es la técnica en que se invita al protagonista a que exprese en voz alta sus sentimientos más íntimos, su confusión, su estado de ánimo y las dificultades que encuentra en el camino de la vida. Con el soliloquio, el protagonista deja a un lado la máscara social y convencional con que suele ver sus problemas, y verlos de hito en hito tal como son. El soliloquio del protagonista indica al director exactamente dónde se encuentra emocionalmente, sus ambivalencias, y lo que más le inquieta en el momento presente. Por medio del soliloquio, el grupo comprende mejor la situación conflictiva del protagonista, y los yo-auxiliares tendrán una buena base tanto para expresar más abiertamente sus sentimientos como dobles, como para tomar el papel de las personas que forman parte de su conflicto como yo-auxiliares.

2.6. Aplicaciones del *Psicodrama*

Las técnicas psicodramáticas pueden emplearse de forma efectiva en todo aquel campo en donde se haga necesaria la exploración de las dimensiones psicológicas de un problema, por

ejemplo, en el campo de la educación, psicoterapia, relaciones industriales, así como, en el ámbito social se ha podido comprobar que este tipo de enfoques que integran el aprendizaje experimental, el análisis cognitivo y verbal, son de gran ayuda en grupos donde se pretende la participación total de sus integrantes en las exploraciones de sus conflictos. Sin embargo, cabe señalar que cada director deberá adecuar la metodología a su capacidad y necesidades de estilo, a la situación del grupo y realidades de su papel como prestador de ayuda.

El *psicodrama* como un aspecto educativo permite el desarrollo y surgimiento de las potencialidades del ser humano. El *psicodrama* sirve para aprender nuevos recursos mediante el hallazgo de una respuesta diferente a la conocida hasta entonces. Empleado como un método preventivo, pone a resguardo a todo aquel que lo practica de las restricciones asfixiantes que limitan o impiden la libre expresión de los sentimientos humanos. Y por último, el *psicodrama* empleado como una técnica terapéutica libera al individuo de las prisiones y restricciones que le impiden expresar su emotividad y le dan una nueva perspectiva de sí mismo y de su relación positiva o negativa con los demás; gracias a su fuerte expresión corporal de los sentimientos humanos y de la actuación grupal espontánea de situaciones conflictivas.

Cabe señalar, que en cualquier área que sea aplicado el *psicodrama* deben darse las tres fases esenciales del mismo, a saber: el calentamiento, la acción y el compartir, aunque puedan presentarse algunas variantes. El objetivo del calentamiento consiste en la integración del director con el grupo y a todos los miembros del grupo entre sí, así como, poder promover su espontaneidad y creatividad. El éxito del calentamiento se verá reflejado en la actuación del protagonista. Para ello se hace necesario tener muy en cuenta el tipo de grupo con el que el

director va a trabajar y que el director se ponga al nivel del mismo. Por otro lado, también es necesario que durante la dramatización, el director considere perfectamente el tipo de grupo con el que trabaja.

Los métodos psicodramáticos pueden, por lo tanto, utilizarse para lograr una diversidad de objetivos en una variedad de contextos como se señala a continuación.

2.6.1. Área educativa

El método psicodramático cuenta con una gran variedad de aplicaciones gracias a su interna multidimensionalidad. Ramírez (1987) menciona que Moreno no inició el desarrollo del *psicodrama* con fines terapéuticos, sino más bien educativos y de crecimiento personal y esto lo llevó a cabo a través del juego de roles, el uso de la imaginación y la dramatización de cuentos, mitos y fábulas.

Para Moreno (citado en Ramírez, 1987, pp. 190-191), educar significa mucho más que impartir información. Educar para él es cooperar en la actualización de las potencialidades intelectuales, emotivas y culturales de los educandos, a fin de que puedan enfrentarse con espontaneidad a las situaciones de la vida según su edad y circunstancias ambientales en que se encuentren La educación debe preparar al educando a tener flexibilidad y espontaneidad para que su conducta sea adecuada.

Dentro del campo de la educación el *psicodrama* puede ser utilizado en todas sus etapas así como en una diversidad de áreas de acción; desde el nivel preescolar hasta programas de capacitación profesional.

A lo largo de la experiencia con el trabajo psicodramático con niños pequeños se ha podido observar que este es una actividad que proporciona diversión y alegría al tiempo que desarrolla la espontaneidad, iniciativa y creatividad de los niños. Estimula la participación grupal e incrementa la cohesión y solidaridad entre todos, así como, también estimula la cooperación y comprensión entre niños y maestros y aceptar las diferencias raciales y físicas observadas entre ellos (Blatner, 1986).

El *psicodrama* tanto en escuelas primarias como en secundarias puede ser empleado para lograr mayor cohesión, integración y confianza entre los estudiantes y entre éstos y sus maestros, creando así un ambiente de cooperación activa, de espontaneidad y creatividad que permitan ayudar al aprendizaje. También puede ser empleado para resolver problemas raciales, disciplinarios y personales que obstaculicen el mismo (op. cit).

El *psicodrama* con bachilleres y universitarios es otro de los niveles donde se han practicado con éxito las técnicas psicodramáticas. Cabe recordar que el director no deberá nunca perder de vista el tipo de grupo con el que está trabajando; edades, inquietudes, expectativas, etc... Es muy común entre universitarios encontrar un interés teórico que en ocasiones encubre un miedo de echar una mirada hacia su mundo interior. O simplemente el deseo de analizar teóricamente el caso o situación de algún compañero únicamente con la finalidad de escapar de cualquier situación que involucre algo personal. Debido a que en *psicodrama* no se permiten las discusiones teóricas ni análisis de casos, ni moralizaciones, ni interpretaciones, el director podrá fácilmente atajar esas salidas para mover a los participantes hacia una participación más activa que los involucre primero a ellos y luego a los demás.

El *psicodrama* aplicado a profesionales es generalmente utilizado en grupos que desean un mayor crecimiento personal; es empleado para resolver problemas personales y familiares, o para enseñar la técnica psicodramática a fin de hacer más eficaz su trabajo como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales o maestros de escuela. La estructura o fases dinámicas no varían, de forma que toda sesión cuenta también con un calentamiento, la acción y el compartir. Si el grupo de trabajo toma el curso de *psicodrama* como entrenamiento, algunos directores suelen añadir una cuarta fase, a saber: la evaluación de la sesión desde el punto de vista teórico y técnico.

2.6.2. Area social

El empleo de técnicas psicodramáticas con marginados sociales, prisioneros, alcohólicos y drogadictos ha sido factible y muy provechoso, debido a que la finalidad primaria del *psicodrama* con grupos marginados de este tipo ha consistido en proporcionarles mayor confianza en sí mismos para emprender el camino hacia la rehabilitación y de ser posible a una reinserción social (Ramírez, 1987).

2.6.3. Area laboral

El *psicodrama* mismo muy rara vez será adecuado para la mayoría de las situaciones de trabajo, por la misma razón que no se deben utilizar el *psicodrama* o métodos profundos de grupo de encuentro en el salón de clases; un contexto con colaboradores por lo general tiene más desconfianza y competencia interna que lo que muchas personas admitirán incluso ante sí mismas. Sin embargo, las aplicaciones limitadas de los métodos del *psicodrama*, como el uso de

actuación de papeles o técnicas de acción son muy utilizadas en la consultoría psicológica industrial (Ramírez, 1987, p. 103).

De igual forma que en el área de capacitación profesional, la aplicación de las técnicas psicodramáticas en la industria es desarrollar las habilidades, como por ejemplo de los gerentes, trabajadores y vendedores, además con demasiada frecuencia estas habilidades resultan útiles para solventar algunos conflictos obrero-patronales u otros referentes a la comunicación.

2.6.4. Área clínica

Otra de las áreas en la que comúnmente se aplican las técnicas psicodramáticas hoy en día es el área clínica dentro del campo de la salud mental, y es el área a la que corresponde el presente trabajo.

El trabajo psicoterapéutico que se realiza en hospitales, clínicas, centros de atención, servicio comunitario o a nivel particular puede ser de forma individual, de pareja, de familia y grupal. El *psicodrama* puede ser aplicado a cualquiera de los niveles anteriores.

Como terapia matrimonial y terapia familiar, los métodos psicodramáticos pueden permitir un intercambio a un nivel de mayor confrontación en el encuentro emocional de sus participantes, lo que facilitaría una exploración más significativa de los problemas entre sus relaciones.

Según Moreno (1978), el *psicodrama* en el tratamiento del matrimonio y la familia, permite manifestar en la representación la “interpsiquis” del grupo, exteriorizando sus tele-relaciones y sus estados co-conscientes y co-inconscientes; entendiéndose por estos últimos, aquellos estados que los participantes han experimentado y producido conjuntamente y que por consiguiente únicamente pueden ser representados en forma conjunta.

Algunos directores utilizan la estrategia que sigue los lineamientos generales de Moreno, iniciar por el “aquí y ahora”, es decir, el conflicto presente que más les atañe; buscar luego las raíces del conflicto en las vivencias y experiencias del pasado y finalmente escenificar alguna escena de la proyección del futuro (como se crea o se considere) con la finalidad de ver si los protagonistas han cambiado su percepción del presente (Ramírez, 1987).

El *psicodrama* con pacientes psicóticos ha dado muy buenos resultados como podrá analizarse a lo largo de las siguientes líneas.

2.7. El *Psicodrama* y las Psicosis

Para Moreno (1978), las psicosis se generan a nivel evolutivo en la línea divisoria entre lo que él llama “matriz de identidad indiferenciada”, en la que el niño no distingue entre sí mismo y el mundo que le rodea, siendo todo un mismo componente, y la “matriz de identidad diferenciada”, en la que establece diferencias entre él y la madre. Esta línea es la que instaura, entre otras cosas, el paso de los roles psicósomáticos a roles sociales o familiares y más tarde a los psicodramáticos. Es la frontera entre fantasía y realidad.

La confusión entre la fantasía y lo real es la característica esencial del mundo del psicótico. En el psicótico “la realidad, tal y como es habitualmente experimentada, es reemplazada por elementos delirantes y alucinatorios...” pues vive en un mundo sin fronteras en el que la realidad y la fantasía se confunden y donde los fantasmas surgen como amenazas de su existencia (Moreno, 1978).

Esta visión fragmentada es la que se puede revivir con el *psicodrama*. En la terapia psicodramática se realiza una comprensión de la escisión yóica del paciente, en la que se le acepta tal y como viene, sin tratar de cambiarlo o mejorarlo, sino jugando sus delirios y alucinaciones. Paradójicamente el paciente ya no se ve en la necesidad de realizarlos fuera, sino que poco a poco, la confusión, el temor, la división del Yo se va recomponiendo por medio del espejo dinámico que es la escena, la cual recompone el cuerpo fragmentado del individuo y marca los límites de la identidad del sujeto.

El grupo es una experiencia de realidad entre lo imaginario y lo simbólico. Es el lugar donde se hace posible el instante del juego y la toma simbolizante de lo real. Propone trabajar el delirio, intenta deshacer por medio de la práctica, el mito de que los psicóticos no pueden hacer grupo.

Moreno (op.cit.) nos dice que mediante las técnicas psicodramáticas se pretende inducir al protagonista a una acción más profunda absorbiéndolo más y más en su propia experiencia, y hacer más tangibles sus alucinaciones a través de su propia representación de las mismas, o ayudado por un yo-auxiliar. El autor se basa en la hipótesis de que si esos experimentos se

realizan en el momento en que se manifiestan las alucinaciones, se introducen controles en la mente del paciente, barreras condicionantes, que son particularmente importantes en cuanto reserva de medidas preventivas en caso de posteriores recaídas. Si el paciente llega a sufrir una recaída, aparecerán nuevamente ante él episodios anteriores de alucinaciones asociados a lo que Moreno llama “controles”, no tanto en la memoria del paciente como en su conducta y estos elementos de prevención que regresan con aquellos reducirán la violencia del nuevo ataque.

Existe un gran número de técnicas psicodramáticas y una diversidad de formas de abordaje que se han empleado en el tratamiento de las psicosis. A continuación veremos algunos modelos que nos permitan el análisis de las diferencias y similitudes entre ellos.

Capítulo 3 DIFERENTES MODELOS PSICODRAMATICOS DE ABORDAJE

TERAPÉUTICO CON PACIENTES PSICÓTICOS.

Si bien el abordaje de cualquier tipo de paciente tiene suma importancia, es tal vez decisivo cuando se refiere al tratamiento de psicóticos. El estado de estos pacientes, en especial cuando el proceso psicótico se ha afianzado, ha llevado a la necesidad de crear las más diversas formas de abordaje.

3.1. Modelo de abordaje de J.L. Moreno

En los protocolos de *psicodrama* dedicados a la psicosis, Moreno (citado en Kononovich, 1984) describe algunos recursos técnicos de gran ingenio. Entre esos recursos:

3.1.1. El método del mundo auxiliar

Existe un gran número de pacientes con los que la comunicación se ve reducida al mínimo. Moreno (1975, p. 342) nos dice al respecto que:

Cuanto menos diferenciado y completo es el Yo, tanto más especializada y concienzuda debe ser la ayuda prestada desde fuera por un ego auxiliar. Cuanto más perturbada está la organización psíquica de un paciente, tanto mayor será el número de los medios que debe aplicar el ego auxiliar y tanto más necesaria será la iniciativa del director terapéutico.

Moreno (citado en Kononovich, 1984, p. 55), dentro de su tratamiento psicodramático de un caso de demencia precoz, desarrolla la necesidad de proporcionar al paciente psicótico un “mundo auxiliar”, ya que, a diferencia del neurótico, que podría decirse comparte “el mismo

mundo” que nosotros, en el caso del psicótico “la realidad normal se halla sustituida por ideas delirantes y por elementos alucinados”. El equipo psicodramático, más que brindarle la ayuda que puedan proporcionar uno o varios yo-auxiliares, deberá brindarle un “mundo auxiliar psicodramático”.

Esta propuesta constituye un intento de abordar al paciente introduciéndose en su compleja trama delirante y alucinatoria.

Por otro lado, Moreno (1975) nos habla de su recurso psicodramático llamado terapia psicodramática de shock.

3.1.2. Terapia psicodramática de shock

En su “terapia psicodramática de shock” realizada únicamente en el momento post-agudo de la psicosis. Moreno (citado en Kononovich, 1984), pretende recrear psicodramáticamente el brote psicótico. Tal recreación, a diferencia del brote propiamente dicho, es de forma experimental y se le ha dado el nombre de “shock” precisamente por ser un procedimiento terapéutico drástico. Moreno (1975, p. 345) en su libro “Psicoterapia de grupo y psicodrama”, llama “shock psicodramático” al “procedimiento que consiste en reintroducir a un paciente que ha salido de una psicosis en una segunda psicosis experimental”.

El procedimiento psicodramático trata de restaurar el panorama de la psicosis. Esta revivificación tiene como función desarrollar anticuerpos frente a un posible acceso agudo futuro. El autor se basa en el supuesto de que aquella vivencia que se repite psicodramáticamente pierde

su carácter traumático de la primera vez. Este recurso supone, por un lado, que el protagonista “elabore” en lugar de olvidar, y, por el otro, permite al terapeuta reconstruir el brote psicótico tratando de encontrar un significado a su trama. Dentro de este método se hace necesaria la participación tanto del paciente, como del equipo psicodramático y de todas aquellas personas que tomaron parte en el momento agudo del brote y que aportarán los más datos posibles sobre ese momento.

Debido a que este procedimiento es realizado en el momento post-agudo, el paciente, que aún tiene presentes todas las vivencias psicóticas, las expresará y dramatizará. De esta manera, podrán confrontarse, paso a paso, los elementos clínicos que se observaron durante el proceso psicótico con la vivencia psicótica que el paciente desarrolla durante la dramatización.

Moreno (1975, citado en Kononovich, 1984, p. 57) advierte:

... este procedimiento debe ser manejado con cautela y desarrollarse de tal modo que pueda ser interrumpido en cualquier momento ante la simple indicación de un <<¡alto!>>. Estas órdenes de suspensión, de cumplimiento voluntario, dan al paciente una experiencia muy significativa. Es un verdadero entrenamiento en el manejo de los accesos psicóticos.

Podemos sumar a estos recursos el método de la realización psicodramática.

3.1.3. Método de la realización psicodramática

Otro recurso descrito por Moreno (op. cit.) fue el “método de la realización psicodramática”. Moreno la define como “llevar la realización de su sueño psicótico hasta los límites de sus más profundas necesidades con todos los medios que estén a nuestra disposición”.

Mencionará también Moreno que “tales personas imaginarias son necesarias a menudo para consolidar terapéuticamente el mundo psicótico del paciente”.

Moreno dividió este tratamiento en tres fases: 1) período de realización; 2) período de sustitución y, 3) período de esclarecimiento.

Durante el período de realización se construye alrededor del paciente un mundo en el que él y sus fantasías puedan armonizar. La acción psicodramática en esta etapa es un intento de ordenar las fantasías. En el período de sustitución se le van sustituyendo al paciente los personajes imaginarios por los reales. En el último período, el de esclarecimiento, el paciente se ha reconectado con el mundo real y está en condiciones de entender y aceptar todo el procedimiento, es decir, de aceptar el lugar como una clínica o centro especial, y a los yo-auxiliares como un equipo terapéutico.

De igual forma, Moreno (1975) en su libro “Psicoterapia de Grupo y Psicodrama”, dentro de sus protocolos de *psicodrama* para la psicosis nos describe otra técnica conocida con el nombre de “Psicodrama de un sueño”.

3.1.4. *Psicodrama de un sueño*

El objetivo de esta técnica psicodramática es poder inducir al paciente a que represente su sueño, en lugar de que el terapeuta lo analice.

Esta técnica está dividida en cuatro fases propiamente dicho. La primera fase de la producción es el sueño que efectivamente tiene el paciente en una noche determinada. En donde el paciente es el autor de su propio sueño. La fase de producción tiene lugar en el espíritu del que duerme, los yo-auxiliares y los objetos que aparecen en él no son más que alucinaciones del soñante. No existe otro que comparta su sueño; él es el único portador de su proceso de calentamiento y solo él es el único que asistió al final del sueño, fuera este agradable o desagradable, como testigo y observador.

La segunda fase de la producción se desarrolla durante la escena psicodramática y es justo aquí donde entra en acción la terapia. Cuando con la ayuda del terapeuta y los yo-auxiliares, el soñante escenifica su sueño, sale a la superficie tanto el contenido manifiesto de éste como el contenido latente. De tal forma que todo lo que un psicoanálisis del sueño podría revelar, se aparece al soñante en forma inmediata, a través del propio proceso de la acción, es decir, que sus propias acciones le muestran a él y al grupo los procesos que tienen lugar en su psique, de tal manera que podría decirse que en lugar de ser analizado mediante el psicoanálisis, es analizado por la propia producción onírica.

En este sentido, Moreno (1975, p. 340) opina que:

Es preferible que la comprensión se alcance, no mediante el análisis, sino por la experiencia que tiene lugar en la acción; que sea una especie de autorrealización por el sueño. Además, el soñante tiene vivencias que tanto en el análisis como en el intercambio verbal no pasan de ser suposiciones y, como tales, no se puede confiar en ellas o sólo de manera limitada.

La tercera fase de la producción es aquella en la que se estimula al paciente a ampliar su sueño fuera del límite o más allá del final que la naturaleza propuso al soñante. Se le anima a soñar de nuevo su sueño, a continuarlo en escena y a conducirlo a un final que le parezca más indicado o que le capacite para superar especialmente aquellas fuerzas ocultas que perturban su equilibrio.

Para Moreno (op.cit.) este proceso se convierte en una auténtica “prueba por el sueño” y puede conducir a una catarsis fundamental que él denomina “catarsis onírica”, a una integración de las partes sanas y enfermas de su psique. Para el autor, este tipo de aprendizaje por el sueño nos llevaría a la fase siguiente.

Durante la cuarta fase, el paciente se encuentra ya de nuevo en su casa, nuevamente durmiendo en su cama como en la primera fase, in situ. Él es de nuevo, su propio “dramaturgo onírico” que crea en forma de alucinaciones los personajes y objetos de sus sueños. Solo que ahora, será capaz de aplicar lo aprendido durante la producción onírica al mismo sueño –en caso de que éste se repita- o a otro semejante. Aquí se piensa en algo así como sugestión pospsicodramática, de la misma forma en que se habla de sugestión poshipnótica. Puede señalarse que ambos casos intervienen, en los procesos conscientes que se desarrollan en el paciente, un efecto que se presenta mucho después de haber recibido el estímulo, y actúa en un plano profundo de la vida inconsciente de éste. Lo que hace que el paciente se convierta en su propio terapeuta onírico.

Uno de los importantes problemas con los que se ha tenido que enfrentar la psiquiatría, ha sido el de encontrar un tratamiento terapéutico adecuado de las psicosis. Moreno (1975), nos dice que es posible lograr un éxito permanente si el tratamiento se basa en un sólido conocimiento de la estructura sociométrica y psicodramática del mundo psicótico. Los tratamientos farmacodinámicos ocupan hoy en día el primer plano y han provocado el interés de todos los psiquiatras, pero para el autor, sin embargo, estos medios, si bien pueden proporcionar al paciente una cierta recuperación temporal, no pueden lograr resultados permanentes si no se consigue equilibrar la personalidad del paciente de tal forma que se impida una recaída en la confusión psicótica. De aquí su intento de probar una serie de métodos basados cada vez, en nuevos conocimientos.

Otro de los modelos que se revisarán, es el de Pierre Bour.

3.2. Modelo de abordaje de P. Bour

Pierre Bour (1977) jefe del Hospital Psiquiátrico del Departamento de Pas-de-Calais, Francia, dentro de su libro "El psicodrama y la vida" nos habla de su trabajo continuado con esquizofrénicos crónicos denominado "Psicoterapia de grupo de esquizofrénicos a partir de elementos catalizadores".

Bour (op. cit.) trabajó en un servicio psiquiátrico cerrado, para mujeres, con una capacidad de 220 camas. Del total de pacientes fueron inicialmente elegidas 39. La elección de los enfermos se basó en un diagnóstico seguro de psicosis esquizofrénica. Estas pacientes fueron reunidas en una sala en presencia de cuatro terapeutas. En medio del círculo que formaban pacientes y equipo

se colocaron cuatro elementos: un cubo de agua (en representación del agua), un balón de goma (del aire), una llama de una lámpara de alcohol (el fuego) y un pedazo de arcilla envuelto en una pieza de paño (la tierra). Las pacientes fueron familiarizándose con estos elementos, haciendo asociaciones verbales espontáneas e imprevisibles que fueron definiendo sus preferencias. Sobre estas elecciones, cada uno de los terapeutas conformó un grupo.

Las sesiones se estructuraban en base al elemento que las pacientes tenían en el centro del círculo. Se acercaban, lo tocaban y realizaban toda una serie de asociaciones, por ejemplo “es un huevo”, “es el esperma de un hombre”.... Así comenzaba a desarrollarse una interacción y un discurso muy particulares. Todos estos elementos eran catalizadores de un diálogo que antes se suponía imposible. Lo que se dice alrededor de cada mesa el terapeuta a cargo lo transcribe íntegramente.

Bour (1977, p. 45) dirá sobre ellos: “Así fue cómo, buscando un objeto cualquiera, intermediario, que sirviera en principio como común denominador concreto, el más simple, el más neutro posible, el más universal con vistas a reducir la distancia entre nosotros y cada uno de ellos, nos vino la idea (a través de un sueño de una de ellas) de recurrir a los cuatro elementos, que unen nuestros orígenes: la tierra, el agua, el aire, y el fuego, y que se han mostrado hasta ahora como los mejores catalizadores, capaces de establecer un contacto”.

El autor considera indispensable diferenciar el *psicodrama* de “los cuatro elementos” del *psicodrama* “corriente”, aplicable a otra población de pacientes, cuyo nivel de comunicación se

halle a la altura de una interrelación donde pueda diferenciarse por lo menos un afuera y un adentro, el propio cuerpo y el cuerpo del otro, etc.

Dentro de su trabajo, el autor nos habla de que existía el grupo que llevaba a cabo el *psicodrama* de los cuatro elementos, compuesto básicamente por esquizofrénicas crónicas, y el grupo de *psicodrama* “ordinario”, compuesto por pacientes agrupadas según criterios nosológicos amplios, a las que se unían las convalecientes de psicosis después de un primer período de tratamiento neuroléptico intenso. Con este grupo se podían desarrollar temas, dramatizándose todo tipo de escenas concernientes a la situación personal de algún protagonista o bien a la situación grupal. Se tomaba en cuenta la dinámica grupal y la interrelación entre los individuos. En este caso, el equipo tenía la configuración más tradicional del *psicodrama*. Sin embargo, para la problemática de este trabajo nos basaremos únicamente en su *psicodrama* de los cuatro elementos.

Otro modelo de abordaje, lo encontramos en Kononovich.

3.3. Modelo de abordaje de B. Kononovich

Kononovich, en su libro “*Psicodrama comunitario con psicóticos*” (1984, p. 13) hace referencia a su trabajo clínico y de investigación con relación a diversos modelos psicodramáticos y lo conceptualiza “como el pasaje a un modelo asistencial integrador desde un modelo asistencial integral”, trabajo en el que se ve el acento puesto sobre los aspectos coherentes y la importancia de los factores integradores. En el prólogo de Martínez Bouquet (op. cit., pp. 13-15) quedan muy claras sus aportaciones. “Por ejemplo: el sector de los pacientes menos enfermos era

tomado por el equipo como punto de partida al utilizar las escenas por ellos presentadas para centrar sobre estas escenas el trabajo; así, estos pacientes cumplían una función de apoyo y ofrecían un modelo de organización para los más enfermos. Otro ejemplo: no se seguían erráticamente los delirios o las alucinaciones que con frecuencia irrumpían en plena tarea amenazando su continuidad; los comentarios eran centrados en lo que se había dramatizado, evitando divagaciones y “asociaciones libres”.

Kononovich (1984) parte de un modelo de hospital de día psiquiátrico en el que se ofrecía al paciente una actividad terapéutica con características especiales, que el autor llamó “psicodrama comunitario”. Uno de sus objetivos consistía en reunir de manera sistemática a pacientes y terapeutas para abordar en conjunto todo lo concerniente a la vida de los pacientes, sus conflictos, su padecimiento y su locura.

El equipo estaba conformado por cinco psicodramatistas en donde el autor en su carácter de miembro más veterano en *psicodrama*, tomó a su cargo la dirección de la actividad. Los restantes integrantes tomaban roles con los pacientes coordinando su accionar con los lineamientos del director.

Las sesiones de *psicodrama* comunitario eran semanales y duraban aproximadamente dos horas. Se les planteaba como una actividad comunitaria, dirigida a todos los integrantes del servicio. Estructuralmente, la sesión estaba concebida en tres tiempos: caldeamiento, dramatización y comentarios.

El caldeamiento era considerado como un momento en el que individuo y grupo procuraban hallar una vía que a la vez aliviara y expresara las ansiedades puestas en juego en un determinado momento. El caldeamiento consistía en un sondeo verbal muy general y abierto, basado en los efectos de la sesión pasada, en particular a todo aquello que no pudo ser dicho en su momento o simplemente que fue emergiendo durante el lapso que separa una sesión de otra.

Se mostraba un gran interés por los ausentes. Se intentaba dialogar de manera generalizada, sin excluir a los ensimismados y autistas, procurando una circulación de opiniones y comentarios previa a la emergencia del protagonista.

La emergencia del protagonista, fuera este un paciente, un grupo de pacientes o la totalidad de los presentes, marcaba el comienzo del segundo tiempo –la dramatización-. La escena dramática era siempre un punto de partida, una puerta que se abría, una invitación y una convocatoria de personajes y fantasmas a escena. Kononovich (1984, p. 117) nos dice: “Nuestra tarea consistía ante todo en permitir y facilitar tal despliegue, abordando las problemáticas de modo de evitar las conclusiones, a fin de que ese material generase un nuevo material y su abordaje fuese posible desde las distintas instancias comunitarias en especial desde los grupos terapéuticos”.

La escena dramática era el eje central de la sesión. En cuanto a su montaje, estructura y dinámica, estaban determinadas en primera instancia por las condiciones en que se encontrara el protagonista. Podría señalarse que en general, el tiempo de la dramatización con este tipo de pacientes es significativamente más lento que el habitual, dada sus fuerte tendencia a la

disgregación. Cada escena obliga a una estructuración singular, existiendo una evidente relación proporcional entre la disponibilidad del protagonista y el trabajo que debe realizar el equipo para hacer más viable la dramatización.

El autor señala que la frecuente oscilación en el paciente psicótico entre realidad y fantasía, así como su poca capacidad de discriminación y simbolización, ponen a prueba la solidez del equipo y su capacidad para montar una escena con un mínimo de desarrollo dramático. Se tendía a consolidar aquellas escenas que el paciente lograba conformar y dramatizar. Se avanzaba sin premuras y se procuraba respetar los tiempos propios de cada protagonista.

Por otro lado, a diferencia de lo anterior, existían dramatizaciones que permitían un montaje más fluido y similar al de las dramatizaciones corrientes. Kononovich (1984) opina que la concurrencia simultánea de pacientes clínicamente catalogables de psicóticos con neuróticos graves, fronterizos y otros pacientes psicóticos exitosamente restituidos, hacían que hubiera un sector de pacientes más activos, más conectados y con mayor posibilidad expresiva. Este sector de pacientes cumplía una función clave en el desarrollo de la tarea. Juntaban y traían a sesión a los dispersos y confusos, tomaban roles con sus compañeros y demandaban atención sobre hechos que pudieran pasar desapercibidos para el equipo. El autor señala que la acción terapéutica más significativa de estos pacientes era que, al dramatizar sus propias escenas, ponían a disposición de los demás miembros un repertorio de movimientos y gestos y palabras posibles. Este repertorio se convirtió en algo especial para los pacientes más regresivos, en un sostén y soporte reunificador frente a la vivencia de fragmentación.

El montaje de la escena y, en general, el desarrollo de toda la sesión eran cuidadosamente pautados. Se avanzaba consolidando lo realizado y alentando al paciente para que continuase su trabajo.

Kononovich (1984, p. 119) refiere: “proponíamos con el psicodrama comunitario un lugar sólido, estable, con reglas de juego claras, no para desterrar el discurso de la psicosis en su manifestación irruptiva y desbordante sino para abordarlo con una disponibilidad concedora de sus propios límites”.

La dramatización era el resultado de un trabajo conjunto del equipo y el protagonista; de los pacientes y terapeutas reunidos en la sesión de *psicodrama* comunitario. La tarea era concebida como la conjunción de un esfuerzo en el que cada cual daba y recibía en la medida de sus posibilidades. Una vez terminada ésta, la sesión se centraba nuevamente en lo verbal. Se daba inicio a un trabajo complementario con el anterior que marcaba la culminación de la sesión. Consistía en poner palabras a lo visto, oído y sentido allí, hacia unos instantes, frente a los presentes.

Los comentarios tenían un referente claro: lo dramatizado, y a ello remitían. Cualquier tema ajeno a la dramatización era postergado. Kononovich (op. cit., pp. 120-121) señala: “La fase los comentarios se desarrolla siguiendo aproximadamente el siguiente orden: 1) El protagonista verbaliza todo aquello que sintió durante la dramatización. 2) Los yo-auxiliares hacen otro tanto. 3) Se solicita a los espectadores que verbalicen también todo lo que han sentido. 4) Se solicita primero a los pacientes y luego a los profesionales que hagan llegar sus observaciones e

impresiones acerca de lo dramatizado ... 5) Se intenta una síntesis, procurando dejar constancia de los temores y angustias, de los movimientos defensivos obvios, de las negociaciones, disociaciones y proyecciones que se pusieron en juego durante la sesión”.

La sesión concluye una vez efectuados los comentarios, y era retomada una semana después a la misma hora y en el mismo lugar. Kononovich (1984, p. 18) refiere que el *psicodrama* ha sido su instrumento técnico durante años y que lo considera como instrumento privilegiado de abordaje del psicótico.

Un modelo de abordaje más lo encontramos en Ramírez.

3.4. Modelo de abordaje de J. A. Ramírez

J. A. Ramírez (1987) en su libro “Psicodrama. Teoría y Práctica” nos habla acerca del uso y efectividad del *psicodrama* con pacientes mentales, basado en su experiencia de muchos años de trabajar con esquizofrénicos.

El autor hace referencia a su modelo “psicodrama intensivo” el cual realizó durante seis meses en la Unidad J. del Chicago Read Hospital. El trabajo que realizaba Ramírez con los paciente psiquiátricos era de todo el día; tenía sesiones psicodramáticas de dos horas diarias y sesiones espontáneas –in situ, como decía Moreno- cuantas veces ofrecía la ocasión.

Más tarde, Ramírez (1987) también nos habla de su trabajo “psicodrama semanal con psicóticos” realizado en el departamento de adultos y en el de niños y adolescentes en otras unidades del mismo hospital. Trabajo que realizaba en medio día o un día entero cada semana.

El autor comenta en este trabajo, que la base de todo *psicodrama* es el calentamiento; es decir, la integración tanto del director con los pacientes como entre los pacientes mismos. Motivo por el cual él participaba con los pacientes durante las actividades programadas a lo largo del día, hablaba con cada uno todos los días por quince o veinte minutos y luego los juntaba en la sesión psicodramática programada de 10 a 12 del día. El calentamiento inmediato al inicio de la sesión consistía en pedir a algún paciente que dirigiera un canto o iniciara un baile o cualquier otra actividad dependiendo de las habilidades mostradas de cada paciente.

Para la actuación psicodramática se escogía uno de los problemas que habían aflorado más en la presentación o calentamiento; en ocasiones era la relación del paciente con un miembro del personal o de su familia. Con pacientes más mejorados y a punto de ser dados de alta, las escenas presentadas se encaminaban a prepararlos para su vida ordinaria fuera del hospital.

En la tercera etapa del *psicodrama*, o sea durante la participación o comentarios, no se permitía ningún tipo de análisis, crítica, o consejo sobre lo actuado. Únicamente se permitían relatos de experiencias personales semejantes a las presentadas por el protagonista.

El autor señala la diferencia entre su trabajo intensivo y semanal, basándose en la dificultad para una mayor integración con los pacientes por falta de tiempo. Sin embargo, señala

en este último que aunque el trabajo fue lento y las acciones dramáticas superficiales, por la misma falta de integración, pudo comprobar la eficacia del *psicodrama*.

Ramírez (1987, p. 254) comenta con respecto a su trabajo: “Mi experiencia de trabajo psicodramático intensivo y de sesiones semanales dirigidas por equipos entrenados con pacientes psicóticos hospitalizados y muy regresivos, me hizo comprender que las alucinaciones, obsesiones y actitudes esotéricas de los pacientes son el camino real, como decía Freud acerca de los sueños, para entender el problema de los pacientes mentales y ayudarlos a salir de él o resolverlo”.

Ahora toca hablar del modelo de C. Rosales.

3.5. Modelo de abordaje de C. Rosales

El trabajo de Cristina Rosales Fontcuberta (1990) en su libro “La Comprensión del Psicótico a través del Psicodrama” abarca un abordaje que intenta ser enriquecedor en el tratamiento de los conflictos psicóticos. Parte de un modelo de hospital de día psiquiátrico (el Torre de la Creu, en Barcelona, España) en el que se ofrece al paciente un tratamiento específico e intenso, con objetivos terapéuticos definidos dependiendo de la condición de los pacientes y cuyas actividades están programadas de modo regular a lo largo de la semana; ya sea de forma diaria (asamblea, gimnasia, taller...) o semanal (grupo operativo, *psicodrama*, expresión corporal, psicopintura...). Aunado a las actividades grupales también se imparten tratamientos psicoterapéuticos de tipo individual, así como la administración de ayuda farmacológica en los casos necesarios. La intervención terapéutica incluye también el trabajo con el núcleo familiar. El

psicodrama ocupa un espacio de dos horas al principio de la semana, con la intención de que a lo largo de esta se elaboren durante otras actividades los contenidos que se movilizaron en la sesión psicodramática.

Rosales (1990) describe su experiencia en torno a la práctica terapéutica psicodramática con pacientes psicóticos, en el marco de actividades de un hospital de día psiquiátrico. Su punto de partida se basa en la convicción de que el *psicodrama* constituye una herramienta terapéutica eficaz en el abordaje de este tipo de pacientes.

Para la autora, resulta de suma importancia conocer el funcionamiento global –en síntesis– del marco de trabajo (el cual fue mencionado al principio), puesto que ello va a delimitar el ámbito y la modalidad de toda una serie de maneras de actuar. Como puede analizarse dentro de este centro hospitalario existe una diversidad de abordajes terapéuticos configurando todos ellos un todo que es el tratamiento psiquiátrico a tiempo parcial.

Para el establecimiento de un encuadre coherente nos comenta Rosales (op. cit.) que se analizaron las diferentes técnicas, las líneas de encuentro y divergencia entre los distintos marcos y se tomaron en cuenta objetivos terapéuticos que se ajustaran no sólo a los rasgos particulares del colectivo de pacientes sino también al ámbito macroinstitucional.

Una de las bases sobre las que descansa el trabajo psicodramático de este modelo con pacientes psicóticos en los que los aspectos regresivos o no desarrollados son preeminentes, es el

aspecto lúdico, el que no es exclusivo de las terapias infantiles, pues a través del juego se facilita un espacio en el que lo creativo e imaginario representan propuestas adultas de crecimiento.

En el siguiente cuadro se presentan los aspectos más característicos del encuadre dentro del modelo que nos presenta Rosales (1990).

E N C U A D R E	Marcada importancia debido al tipo de población	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Sesión de 2 hrs, durante los primeros días de la semana. Asistencia obligatoria. Grupos conformados por 20 personas. ◆ Límites entre fantasía y realidad, estructuras internas y sociales. ◆ Preparación anticipada de las sesiones por parte del equipo. ◆ Intervenciones terapéuticas encaminadas a estimular y favorecer en los pacientes el conocimiento y desarrollo de las capacidades inhibidas o subutilizadas. ◆ Trabajo multi e interdisciplinario (para conocer al paciente desde distintas ópticas y ángulos e integrar las diversas experiencias terapéuticas, reorientando constantemente al equipo hacia un trabajo en común) ◆ Se trabaja con lo lúdico.
--------------------------------------	---	---

Dentro de este modelo de abordaje, las relaciones interpersonales son la base para el tratamiento. El individuo no es tratado como un ser aislado, ya que forma parte de un grupo y de una sociedad. Cuando este actúa en el escenario psicodramático, lo hace ante y para otros componentes de su grupo aportando elementos procedentes de su comunidad. El *psicodrama*, abordando al paciente a partir de los roles que juega en el escenario, permite revelar la naturaleza de sus vínculos y trabajar con él actitudes y conductas que perturban sus relaciones interpersonales.

En el siguiente cuadro se presentan las características del contexto donde se desarrolla este modelo.

C	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Social (se refiere a la comunidad de la que se está hablando y al contexto global en el que cada individuo está inmerso). ◆ Grupal (marco humano en el que se trabaja esta técnica. Se ocupa de los temas dramatizados desde la realidad). ◆ Psicodramático (su estrecha colaboración con el contexto grupal permite la diferenciación entre fantasía y realidad en la dramatización. Es en el protagonista en el que se permite volcar de manera lúdica, espontánea e improvisada, todas las vivencias del contexto social y grupal, unidas a las experiencias individuales, frente a los compañeros que componen el grupo. Contexto al que corresponde la puesta en escena de vivencias que se han experimentado en el contexto social, como un contexto simbólico, en el que se juega “como si” y donde aparece la fantasía; es, de hecho, un lugar artificial).
O	
N	
T	
E	
X	
T	
O	

Los diferentes momentos o etapas que maneja Rosales (1990) durante una sesión psicodramática son tres: caldeamiento, dramatización y comentarios.

Para incorporarse al trabajo dentro de la actividad psicodramática, es necesario valerse de un calentamiento, que sea primero inespecífico y se vaya haciendo más específico, es decir, orientado a fines y estrategias más concretas. El caldeamiento inespecífico no tiene un objetivo concreto pero sí una finalidad lúdica con la pretensión de que surja el emergente grupal; por un lado como protagonista y por otro como argumento para la dramatización. El caldeamiento específico se centra en perfilar más el tema. El caldeamiento funciona como inicio de un trabajo y al mismo tiempo como un método en sí mismo, de cohesión grupal. En algunas ocasiones la única acción terapéutica capaz de realizarse frente a un grupo que se encuentra necesitado de apoyo es aquella que puede proporcionarse a través de los juegos de la etapa de caldeamiento

caracterizada por la potenciación de los aspectos lúdicos sin pretender, al menos de momento, adentrarse más allá, ya que en la etapa psicodramática se implica el reconocimiento de que existen protagonistas singularizados, mientras que en el juego todos ellos son protagonistas sin una singularización especial.

La fase que continúa es la de dramatización. Una parte importante en esta tarea con pacientes psicóticos es hacer que los pacientes jueguen, por lo que el trabajo está encaminado hacia una creatividad lúdica muy similar a la creatividad del niño en el juego. Debido a que el espacio imaginario lúdico que se inscribe entre la fantasía y la realidad está invadido por los contenidos psicóticos, hay que tener cuidado de que el juego no se reconstituya en una mera catarsis ni en una recreación del delirio que derive en juegos autísticos y narcisistas.

Rosales (1990, p. 68) refiere que otro aspecto importante de este modelo en cuanto a su enfoque terapéutico a través del juego, es que “éste debe tener la posibilidad de ser ameno, divertido, estimulante ... aunque en ocasiones ello requiera pasar por el sufrimiento y la frustración, para poder alcanzar algún valor terapéutico”.

Para la autora, el enriquecimiento global se obtiene estimulando el uso de la imaginación, la que servirá de ayuda para que el paciente se active, reconozca algunas de sus dificultades, juegue con algunos aspectos ansiosos y para que desarrolle capacidades poco experimentadas hasta ese momento. La fantasía en el juego ayuda a crecer, a comprender, a enfrentarse a la vida, por el contrario, el mundo fantástico del delirante incapacita el proceso de maduración.

Mediante la aplicación adecuada a cada momento dramático de las técnicas psicodramáticas, se permite develar y expresar fantasías y ansiedades del paciente que mediante la acción dramática se puedan concretizar, aspecto esencial en el tratamiento de pacientes psicóticos debido a su bajo nivel de abstracción y simbolización. En este modelo, no existen reglas fijas que delimiten aquello que deba dramatizarse pero sí un momento adecuado para cada técnica dependiendo del estado del grupo y su estado de insight. Por otro lado, los aspectos a tratar deben ser cuidadosamente seleccionados con la finalidad de que estados de conciencia y mecanismos de defensa no sufran una alteración desestructurante en caso de no poder darles una contención, ya sea en el mismo espacio o con posterioridad.

Las escenas grupales o individuales (entendiéndose estas últimas a aquellas en las que el protagonista es el principal beneficiado del trabajo dramatizado), fantaseadas o reales, tendrán cabida en función del estado general que manifieste el grupo. Debido a que la patología del colectivo no es estable, se deberán contar con ciertos “estilos” de trabajo para cada situación.

Para la autora, las escenas fantaseadas constituyen un campo lúdico de aprendizaje socioemocional. El que este tipo de pacientes pueda fantasear los provee de la ilusión que los auxiliará a no quedarse encerrados de forma permanente en la fantasía, ya que disponen de un espacio que les permite distinguir entre fantasía y realidad y que los ayuda a elaborar algún rincón de su mundo interno. Este tipo de dramatizaciones pueden ser propiciadas con el trabajo con máscaras, que son confeccionadas por los propios pacientes y presentadas desde su rol fantaseado que conlleva temores, deseos y/o un sinfín de emociones que se manifiestan en la interacción de esta situación.

El hecho de poder plasmar, mediante el enmascaramiento aquellos aspectos que sin la ayuda de una máscara sería muy difícil que afloraran constituye en sí mismo una ayuda a la elaboración de los contenidos expresados en esta etapa. Por otro lado, cuando se trata de dramatizaciones de la realidad, estas están encaminadas hacia la conflictiva familiar.

Como tercer y última etapa está la de los comentarios, en esta etapa se deja atrás la fantasía, el juego, la mímica y el disfraz para dar paso de forma prioritaria a la palabra que durante las etapas anteriores ha tenido que compartir su participación con otras modalidades expresivas. Sin embargo, los pasos anteriores resultan indispensables para llegar a esta etapa de comentarios en la que lo que se expresa también se hace en un clima de participación y apoyo para poder relacionar algo de lo jugado o actuado con una enseñanza práctica para la vida cotidiana, que ayude a establecer una conexión entre lo dramatizado y los conflictos. Cabe señalar que esta etapa es la menos vistosa durante el *psicodrama* con pacientes psicóticos debido a la gran dificultad que tienen para poder diferenciar entre lo real y lo metafórico, lo concreto y lo simbólico, lo que no les permite una simbolización y todo aquello que para nosotros resultaría fácil de ver, entender y relacionar, para ellos es algo complicado y sin más contenido que el puramente literal. En este tipo de pacientes lo dramatizado ya tiene un valor por sí mismo, la palabra puede desvirtuarlo y restarle posibilidades lo que hace necesario acoplar esta etapa al grupo de pacientes y a su patología para que esta pueda ser de utilidad. Se debe tomar el sentido literal que otorgan los pacientes a las palabras y no se debe intentar develar lo que se ha visto, ni interpretar o darle un sentido nuevo y simbólico, por el contrario, debe conducírseles hacia la realidad atendiendo su condición psicótica y comprendiendo que el hecho de añadir mensajes puede ser de utilidad a nosotros pero es casi seguro que ellos no lo lleguen a captar.

En el siguiente cuadro se señalan los aspectos característicos de cada una de las etapas que figuran dentro de una sesión psicodramática dentro del modelo de Rosales (1990).

E T A P A S	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Caldeamiento (Parte de lo inespecífico a lo específico). ◆ Dramatización (Encaminada hacia una creatividad lúdica. Enfoque terapéutico a través del juego. No existen reglas que delimiten lo que debe dramatizarse, pero sí un momento adecuado para cada técnica dependiendo del estado del grupo y su capacidad de insight. Generalmente las dramatizaciones reales están encaminadas a las conflictivas familiares). ◆ Comentarios (Se deja de lado la fantasía, el juego, la mímica y el disfraz, para dar paso a la palabra. Lo que se expresa relaciona lo jugado o actuado con una enseñanza práctica para la vida cotidiana. Etapa menos vistosa con pacientes psicóticos).
----------------------------	---

A lo largo del trabajo de Rosales (1990) se habla de los elementos que forman parte de la técnica psicodramática, sin embargo, toca a este momento ver en forma más detallada este aspecto.

Para la autora, la línea fronteriza entre la ortodoxia y la heterodoxia de esta técnica es algo que en la teoría y en la práctica se desdibuja, debido a que el contacto con los pacientes psicóticos la ha llevado a suprimir o rectificar reglas pautadas para la aplicación del *psicodrama* a otras patologías y a improvisar y experimentar nuevos usos en la búsqueda de su más adecuada aplicación a esta población. Las funciones del director, yo-auxiliar, público y escenario en la práctica de la autora, son sometidas a constante reflexión sobre como poder llevarlas a cabo y lograr mejores resultados. El pensar sobre esto abre un camino hacia la flexibilidad instrumental y hacia el surgimiento de aspectos nuevos en la comprensión de los conflictos en personas que sufren dificultades de naturaleza muy primitiva.

Rosales (1990, p. 86) comenta:

El "camino ortodoxo" nos sirve como rastro a seguir, pero la puesta en práctica de las tareas que debe realizar un director/a o un yo-auxiliar, se modula y adapta ante el conocimiento y la comprensión de lo que ocurre en el "aquí y ahora" concretos, de lo que nos aportan el protagonista y el público y de lo que entre todos se recrea en el escenario.

Los elementos que a continuación se detallan, son condición imprescindible para la realización de la actividad en *psicodrama*.

El Director es el que se encarga de discriminar el material que se va a dramatizar, el que asume la tarea de introducir a los yo-auxiliares con consignas concretas en el momento oportuno. Por otro lado, le corresponde dar inicio a la sesión, el paso de una fase a otra, alguna interrupción oportuna durante éstas y el finalizar tanto de cada etapa como de la sesión misma y la dirección de lo trabajado.

El director debe abstenerse de tomar iniciativas protagonísticas o invasoras, la libertad y espontaneidad del paciente debe ser respetada a fin de que lo dramatizado sea realmente el conflicto del paciente. Es el escucha del paciente para luego dirigir lo expuesto al trabajo concreto. El director deberá tener mucho cuidado de que la terapia no sea un vehículo de expresión de las ansiedades encubiertas del terapeuta. La autora nos comenta que en toda terapia se hace necesaria una toma de distancia para poder ser neutros, sin embargo, no debe perderse de vista que las proyecciones del paciente sobre los terapeutas en las técnicas en que existe acción gestual, como en este caso es el *psicodrama*, son más intensas y comportan un mayor riesgo de desajuste en el encuadre. Las consignas deberán aportar aspectos nuevos del conflicto planteado

pero no deberán desviarse del contexto planteado por el paciente, ni deberá ofrecerse una idea brillante o ajena al protagonista o demás miembros integrantes de la escena interpretada (op. cit.).

La dirección del *psicodrama* hace necesario que el director comprenda que pasa a un segundo plano ya que por muy lúcidas o atractivas que puedan ser las ideas del director ante las sugerencias del paciente, no deben ser explicitadas, ya que se correría el riesgo de poner en escena algo del mismo terapeuta y desatender el mundo de la persona que lo sugiere y que es lo realmente fundamental.

El director sabrá escuchar y no deberá apresurarse a realizar interpretaciones o dar respuestas inmediatas a lo primero que se le dice. Si únicamente se contesta a las preguntas se puede fantasear acerca del porqué se han realizado, pero si se pone atención, se estará más en la línea de lo que el paciente trae de su realidad tanto interna como externa y no se contaminará con los contenidos mentales del terapeuta.

Rosales (1990, p. 90) menciona que en la práctica, el mantener una posición de expectación y escucha se hace difícil al encontrarnos, en muchos casos, con el vacío causado por el sufrimiento psicótico, que es proyectado hacia el terapeuta, quien recibe el mensaje de que "no hay nada que hacer", lo que puede favorecer acting-in desarrollados por los terapeutas. La verdadera ayuda, a nuestro juicio, no consiste en hacer por los pacientes lo que ellos no pueden hacer, sino en auxiliarlos para que ellos sean creativos.

Las proyecciones psicóticas pueden también invadir al equipo tratante, no sólo como un sentimiento de vaciedad sino como un sentimiento de aniquilación de la vitalidad, de la creatividad, que es suplantada por los aspectos más destructivos de la psicosis.

Otra función del director en este modelo es proporcionar un ritmo elaborativo que permita homogeneizar las diferencias que presentan los pacientes de acuerdo a su experiencia en esa actividad, a su situación patológica y a su nivel de integración. El director mantendrá una actitud versátil y flexible, evitará tendencias repetitivas y estereotipadas que originen actitudes instalacionistas y empobrecedoras del propio personal terapéutico. Aunque dentro del grupo existan personas que faciliten la tarea y sean buenos protagonistas, el director evitará elegirla siempre, pues esto a diferencia de lo que podría creerse resultaría poco beneficioso.

Otro punto que el director deberá tomar en cuenta es que la elección del tema por parte de éste, puede significar la huida de situaciones temidas que pueden aparecer cuando es el grupo quien elige. La discriminación del material a dramatizar deberá atender a intereses grupales o individuales de las personas que componen el grupo, pero nunca deberá estar regida por los intereses o estado de ánimo del equipo tratante (op. cit.).

Tomando en cuenta que el grupo de pacientes que integra el colectivo de este modelo padece de dificultades patológicas de carácter grave, la elección del protagonista en la tarea del *psicodrama* resulta delicada, para lo que, el director hará uso de su capacidad de insight grupal para detectar el emergente grupal y precisar, en un protagonista, la puesta en escena.

Un segundo elemento dentro del *psicodrama* es el yo-auxiliar, es un elemento terapéutico que actúa desde dentro del escenario, en la representación psicodramática. Es considerado como una prolongación del director que entra en contacto pero que está al servicio del protagonista, por lo tanto, es un intermediario entre el director y el paciente, para lo que se

hace imprescindible una buena relación profesional entre el director y los yo-auxiliares. El yo-auxiliar tiene funciones de gran importancia, debido a que su relación con el protagonista y demás integrantes de la escena es muy estrecha y su participación es muy vivencial.

Debido al conocimiento que se tiene a que el doble mensaje en la praxis comunicacional en las familias con pacientes psicóticos es muy común, se hace necesario por parte de los yo-auxiliares mantener una precisa claridad en el desempeño de los roles, para lo que deberá existir una “buena sintonía” entre el director y sus yo-auxiliares.

Los yo-auxiliares deberán tener conocimiento del manejo de las técnicas psicodramáticas. Estos buscarán el equilibrio entre el servir como modelo y facilitar al paciente la capacidad para expresarse en el trabajo, sin implicarse de forma personal con aspectos contratransferenciales que contaminen lo dramatizado. Al momento de la dramatización, cuando el protagonista ofrece al yo-auxiliar un papel concreto a representar, este deberá ser lo más apegado a la descripción del paciente y se evitará contaminarlo con aspectos propios, para lograrlo se requiere de estar muy atento a lo que verbaliza el paciente y/o exigirle que sea lo más concreto posible. Pero desde ese rol, el yo-auxiliar deberá mostrarle al protagonista, “la realidad” y el compromiso necesario para poder vivir en la sociedad.

Al representar distintos roles dentro del contexto psicodramático, el yo-auxiliar procurará que su manera de ser no salga al escenario por lo que es tarea de éste saber ponerse en su lugar e ir determinando, desde el rol que juega, los aspectos otorgados por el protagonista. Cabe señalar que ya en sí el poder representar diversos roles y diferenciarlos del modo de ser real

del yo-auxiliar es tarea difícil, debido a que el paciente psicótico tiende a no poder delimitar entre lo real y lo imaginario.

Para Rosales (1990, pp. 104-105) la tendencia a mostrar aspectos propios, aun dentro del rol que se otorga al ego, es la expresión de una dificultad basada posiblemente en la ansiedad experimentada por el auxiliar, al tener que improvisar sin sentir el respaldo de lo conocido. Esto aparece en algunos momentos cuando el paciente, dentro del escenario se dirige al yo-auxiliar como persona conocida por él y no como el personaje que previamente le ha otorgado, y esto no ocurre siempre porque el paciente se confunde sino que señala también un rol mal interpretado.

A esta opinión cabría señalar que los yo-auxiliares forman parte del grupo como agentes terapéuticos y no como actores. Ellos utilizan sus propios elementos y los que les ofrece el “aquí y ahora” de cada sesión psicodramática, para ejercer su habilidad que les permita captar dentro de ese contexto psicodramático las demandas del protagonista.

Pues bien, otro elemento dentro de una sesión psicodramática es el protagonista. Es el actor principal dentro del *psicodrama*; actúa como emergente del grupo que asume el protagonismo ya sea para trabajar aspectos personales o los del grupo de los que se erige en portavoz.

Cada paciente toma el protagonismo de un modo peculiar. En el paciente psicótico parecen existir ciertas dificultades para ejercerlo. Sentirse protagonista para otros puede querer decir sentirse admirados por los demás y este sentimiento puede dar miedo por lo desconocido, por lo que prefieren colocarse “lejos” cuando tienen el protagonismo y sitúan a los demás

integrantes de la escena a distancia. Otros lo que necesitan es sentirse respaldados y por lo tanto, cuando toman el protagonismo se colocan con la espalda “guardada” por personas de su confianza. Por el contrario, algunos otros no son capaces de soportar la proximidad de alguien que no ven y no pueden controlar, para lo que prefieren ser ellos los que abarquen la situación.

Dentro de este modelo se ha encontrado con lo difícil que le resulta al paciente el protagonismo del otro. La autora cree que el hecho de no poder aceptar el protagonismo en alguien que no sea ellos mismos, parte de sentimientos envidiosos cargados de destructividad. El paciente psicótico consigue el papel principal basado en comportamientos patológicos que mueven a los demás, si fueran capaces de aceptar, en una comunicación sana, los valores de los demás, no tendrían dificultad para reconocerlos y no sentirían la necesidad de destruirlos, pero como se sienten vacíos y no pueden otorgar el papel principal que significaría “tener algo que ofrecer”, porque se sienten aun más desposeídos y sería algo así como –sí yo no lo tengo, tú tampoco lo tendrás-.

Otro elemento más, el público. Es el conjunto de personas que desde el contexto grupal participa de lo representado. “Sin este elemento el psicodrama carecería de algo importante, puesto que no se podría contrastar lo vivido desde dentro del escenario con el impacto que produce ‘lo puesto en escena’ vivido desde fuera (Rosales, 1990, p. 114).

Es obvio suponer que si en la vida no estamos solos y somos percibidos por otras personas de forma distinta de como nos vemos nosotros mismos, el poder contrastar nuestros puntos de vista con lo proyectado en los otros nos ayuda a tener una visión más amplia y objetiva

que enriquece tanto a unos como a otros. Es aquí donde subyace la importancia del público en el *psicodrama*. El público no sólo ve aquello que acontece en el escenario sino que también se identifica con algunos roles, rechaza otros, critica lo representado, de igual que todo ello enriquece el trabajo.

La misión del público es participar con sus opiniones, con lo que ha significado para ellos lo dramatizado, con las identificaciones de sus propias vivencias y que son expresadas al protagonista en la fase de comentarios. El *psicodrama* resulta terapéutico tanto para las personas que actúan como para el público que compone el contexto grupal. El auditorio o público podrá verse reflejado en lo que se representa y así aprovechar esta situación para pensar y aplicarlo a sí mismo, así como para aportar sus propias experiencias al trabajo que se esté realizando en ese momento.

El último elemento dentro de una sesión psicodramática es el escenario, pero no por ello el menos importante. El escenario es el espacio destinado a toda dramatización.

Dentro de este modelo está delimitado por una superficie de moqueta. La utilización de un espacio concreto en el tratamiento de pacientes psicóticos facilita que el encuadre que se ofrece tenga unos límites claros y estables. Ya que es preciso recordar que el paciente psicótico carece de límites, es decir, no cuenta con la capacidad de situar las vivencias y experiencias fuera o dentro, para él todo está mezclado; no existe espacio interno ni espacio externo, todo puede ser ambas cosas a la vez.

Dentro de la técnica psicodramática, el espacio-escenario permite al protagonista la representación de sus propias escenas. La utilización de esta técnica es especialmente útil para el trabajo de ayuda al psicótico en la diferenciación del dentro-fuera, es decir del mundo interno-externo del psicótico, así como de los contenidos propios y ajenos. La contención que brinda un adecuado encuadre psicodramático hace más accesible el abordaje del espacio, facilitando, mediante la utilización lúdica del escenario, un contacto no persecutorio.

Una vez que se ha comentado cuales son los elementos que conforman al *psicodrama*, a continuación se enmarcaran los aspectos más característicos de éstos.

<p>E L E M E N T O S</p>	<p>Su función se somete constantemente a reflexiones sobre el modo de llevarlas a cabo y obtener mejores resultados.</p> <p>Son condición imprescindible para la realización del <i>psicodrama</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Director (Discrimina el material a dramatizar, introduce a los yo-auxiliares con consignas concretas y en el momento oportuno, le corresponde el inicio de la sesión, el paso de una etapa a otra, las interrupciones oportunas, el introducir nuevas técnicas, el finalizar tanto las etapas como la sesión, la dirección del análisis de lo trabajado. Deberá abstenerse de intervenciones invasoras o protagonísticas. Escucha del paciente. Aportará aspectos nuevos del conflicto, pero nunca se desviará del contexto del paciente. El director permanecerá en un segundo plano. Sabrá escuchar sin apresurarse a hacer interpretaciones o contestar a lo primero que el paciente les dice. Procurará homogeneizar las disparidades del grupo de acuerdo a su experiencia, situación patológica y nivel de integración. Evitará ser el protagonista e influir en la elección del tema elegido por el grupo). ◆ Yo-auxiliar (Elemento terapéutico, prolongación del director. Sirve de intermediario entre el Director y el paciente. Se le requiere claridad en el desempeño de roles. Deberá poseer conocimiento de las técnicas). ◆ Protagonista (Actor principal, emergente grupal, tarea nada fácil para el paciente psicótico. Su misión es compartir con sus comentarios). ◆ Público (Conjunto de personas que participa del <i>psicodrama</i>. Su participación es desde fuera del escenario). ◆ Escenario (Espacio destinado a la dramatización. En el trabajo con pacientes psicóticos, debe ser un espacio concreto y delimitado. Herramienta que facilita la contención de ciertas manifestaciones y actuaciones de los conflictos).
---	---	--

Rosales (1990), plantea según su experiencia un conjunto de técnicas psicodramáticas útiles en el tratamiento de pacientes psicóticos como son: la autopresentación, el soliloquio, el doble, el espejo, inversión de roles, interpolación de resistencias, trabajo con imágenes, trabajo con objetos intermediarios y el trabajo con mimo.

La autopresentación es considerada como una de las técnicas más simples, y consiste en que el protagonista (en este caso, el paciente), se presente al público; se da a conocer y muestra

los personajes internos más significativos de su biografía. La dirección de esta técnica pertenece al mismo sujeto, puede ser ayudado por un yo-auxiliar o prescindir de él.

Para facilitar la inclusión de cada paciente puede iniciarse con una serie de juegos dramáticos que permitan la verbalización de los nombres de pila de cada uno de ellos y que van desde el caldeamiento hasta la autopresentación propiamente dicha. Por la simplicidad de la consigna, esta técnica permite con facilidad un rápido enganche de los pacientes en lo que será el posterior desarrollo de la sesión.

Esta técnica puede ser utilizada en ocasiones introduciendo el uso de máscaras o títeres, que sirven para representar personajes de la fantasía interna de los pacientes, escogidos y creados por ellos y con los que deben presentarse y representar. La autorepresentación vehiculiza la expresión manifiesta de contenidos latentes. De igual forma, esta técnica se encuentra especialmente útil para posibilitar que el paciente pueda contrastar la imagen de sí mismo con la imagen devuelta por los otros.

Otra técnica es el soliloquio y que consiste en expresar en voz alta los sentimientos que surgen en la actuación del rol que se está jugando. Posibilita una vía de comunicación y expresión de contenidos que permiten una mejor comprensión de los aspectos latentes del momento representado y añade una información sobre las características estructurales del soliloquante.

Los soliloquios de los yo-auxiliares pueden ser empleados como señalamientos que transmiten aspectos de la realidad, silenciados en muchas ocasiones por los compañeros del

grupo. En este modelo, el soliloquio de los yo-auxiliares tiene la consigna de realizar señalamientos inmediatos y directos durante la dramatización.

Rosales (1990) nos habla de la técnica del doble. El doble realiza una función de conciencia auxiliar. Su práctica se realiza colocando al yo-auxiliar junto al protagonista (al que se va a doblar) en la misma postura corporal, el yo-auxiliar irá verbalizando en voz alta los aspectos que el que está actuando no es capaz de expresar.

Esta es una de las técnicas más ricas y con más posibilidades que ofrece el *psicodrama*. Sin embargo, según la experiencia de este modelo, esta técnica casi no se utiliza debido a que en el trabajo con pacientes psicóticos, los errores perceptivos y discriminativos suelen ser demasiado frecuentes, tendiendo el paciente que está siendo doblado a relacionarse con el doble del mismo modo como lo haría con otros compañeros de la escena. Por otro lado, no se debe perder de vista que el paciente psicótico sufre las más de las veces de alucinaciones auditivas, por lo que la actuación del doble, con el que el protagonista no puede entablar un diálogo, suele favorecer la situación alucinatoria.

La autora nos habla también de la técnica del espejo. Esta técnica pretende reproducir el comportamiento gestual y motor (en ocasiones también verbal) del paciente. El yo-auxiliar es el que habitualmente la desarrolla, pero en ciertas ocasiones el mismo grupo es el que capta ciertos elementos importantes de sus compañeros y los pone en escena a modo de espejo. Su uso es de gran utilidad para el tratamiento del paciente psicótico.

Con el empleo de esta técnica, a partir de la reproducción realizada por el que hace el espejo, las conocidas alteraciones de integración del esquema corporal y los trastornos de expresión mímica, que suelen estar presentes en las psicosis se hacen fácilmente aprehensibles, favoreciendo el encuentro, afuera, con la propia imagen gestual, y facilitándose de esta manera el trabajo de reestructuración del esquema corporal.

Dentro de las técnicas que menciona Rosales (1990), encontramos la de inversión de roles y consiste en adoptar el papel de interlocutor para sentir desde el lugar del otro lo que provocamos en él y a partir de ahí llegar a reflexionar sobre la propia actuación. Esta técnica facilitaría el contacto con los aspectos propios proyectados en los demás. Esta técnica sirve para conocer el modo concreto de una relación específica. Con respecto a esta técnica la autora comenta:

Si hubiera posibilidad de que introyectarán todo lo que verbalizan desde el lugar del otro, en el cambio de roles, se enriquecería el mundo interno de las personas que están trabajando con esta técnica y repercutiría, como decíamos, en una modificación notoria de su comportamiento. Sin embargo, como la capacidad de insight es muy limitada nos conformamos con que haya una mayor comprensión por nuestra parte de lo que está ocurriendo y que sobrepasa con mucho el material del que se pueden hacer cargo nuestros pacientes. De este modo podemos acercarnos más a la comprensión de los conflictos que nos presentan y cómo los viven, sin exigirles el reconocimiento por su parte.

Esta técnica no sólo puede ser empleada como algo que estimule la capacidad de ponerse en el lugar del otro, sino que, dentro de esta técnica existe también el aprendizaje de roles, esto es, el jugar con roles cotidianos pero temidos. La ejecución de los roles recaerá casi siempre en la figura del yo-auxiliar, y el paciente podrá acceder a ellos, rompiendo su tendencia mediante este

tipo de juegos, que actúan desde una vertiente más conductual a partir del aprendizaje. Al paciente le resultará un poco más sencilla esta tarea cuando se trate de tareas habituales y cuando se incida desde una vertiente conductual, pero le resultará en cambio extremadamente difícil cuando implique aspectos emocionales, es decir, un compromiso mayor por parte de éste.

De todas maneras, según Rosales (1990), en el trabajo psicodramático con pacientes psicóticos, el empleo de esta técnica es mucho más operativa cuando se acentúa el aprendizaje que cuando se sirven de ella con la única finalidad de producir cambios internos de carácter más estructural.

La técnica conocida como interpolación de resistencias, consiste en introducir consignas que da el director al yo-auxiliar con la finalidad de provocar cambios o alteraciones en el curso de lo que se esté dramatizando en escena, todo ello con la finalidad de explorar situaciones nuevas.

Esta técnica de cambios posibilita la percepción de múltiples y nuevos puntos de vista que ayuden a no quedarse anclados en una conducta sin modificaciones. Aunque la autora considera que es imprescindible para un buen trabajo psicodramático, con pacientes psicóticos se tiene la consciencia de que en muchos casos no es posible ni siquiera una aproximación que permitan tales modificaciones en las escenas planeadas por el protagonista, debido a que lo que se provocaría más tarde no lo podrían trabajar en profundidad y quedaría como una interpretación actuada por parte del equipo tratante, que resultaría persecutoria para el paciente y no le aportaría una posibilidad real de conectar con la realidad en conflicto.

La técnica denominada trabajos con imágenes, pretende visualizar y expresar corporalmente, sin palabras, lo que uno entiende y percibe de una situación emocional.

Existen ciertas dificultades para realizar un trabajo con imágenes con pacientes psicóticos debido a las dificultades que presentan para la elaboración simbólica, pero aún con estas limitaciones, este modelo se sirve de esta técnica con bastante asiduidad y les resulta operativa ya que permite poner de manifiesto, de modo visual, situaciones que el psicótico no puede expresar mediante el uso exclusivo de la palabra. El hecho de que el paciente plasme en una imagen, a modo de fotografía, lo que para él significa una situación concreta, ayuda a comprender cómo es vivida por él. Lo simbólico, que es percibido por los terapeutas, permite enfocar el trabajo sin compromisos persecutorios o confusionales.

Según Sergio Canadé (citado en Rosales, 1990) señala que el trabajo con imágenes puede ser clasificado en: imágenes reales, de la fantasía y simbólicas. Las imágenes reales ponen el acento en la descripción de una situación real; las de la fantasía, en las modificaciones que realiza el protagonista de la realidad y, por último, las simbólicas, que a pesar de que todas las imágenes son simbólicas, se producen cuando se plasma el significado emocional, personal, más allá de lo meramente descriptivo de una situación.

Este modelo cuenta con otra técnica, la de trabajo con objetos intermediarios. El trabajo psicodramático con objetos intermediarios: máscaras, túnicas y títeres, realizado con pacientes psicóticos resulta de gran utilidad. Rojas Bermudez (citado en Rosales, 1990), lo valora por su función restablecedora de la comunicación en este tipo de pacientes, debido a que para el autor, el

objeto intermediario es un instrumento terapéutico que permite restablecer la comunicación verbal al interactuar con un rol complementario, que le descubre al paciente un afuera, disminuyendo el estado de “alarma”. Se ha percibido que las máscaras y los títeres elegidos y confeccionados por los pacientes se ajustan a aspectos biográficos, delirantes, fantásticos y deseados, entre otros, por lo que resulta llamativo observar en muchas situaciones cómo existe una similitud o parecido entre el autor y el muñeco o la máscara. Se piensa que en la producción de dichos objetos aparecen aspectos proyectados de la realidad interna del sujeto. La puesta en escena, una vez que el paciente ha confeccionado su muñeco, implica su propia presentación para que se conozcan todos sus datos personales, el aprendizaje para moverse en el contexto social y la elaboración de una serie de rasgos, conocidos o no, del personaje en sí.

De acuerdo a la experiencia de Rosales (1990), la puesta en escena de aspectos incontinentes y persecutorios de un títere, muestran aspectos de su creador. Aquí puede pasar dos cosas: que el paciente disocie y deje todos sus aspectos “malhumorados” en el muñeco, o bien que a través del ser inanimado asocie sus manifestaciones y las vaya corrigiendo.

La autora nos cuenta que de acuerdo a su experiencia, el trabajo con títeres puede complementarse iniciando a jugar en la escena con un títere, para pasar a continuación a utilizar una máscara y finalizar la dramatización. Por otro lado, menciona que no suele ser posible realizar este proceso con pacientes psicóticos en una sola sesión.

Rosales (1990, p. 160) señala que: La significación del títere como objeto intermediario, expresión manifiesta y estática de identidades deseadas o temidas, se completa desde el dinamismo de la dramatización, con los contenidos verbales atribuidos al personaje, con el juego psicodramático.

A lo largo de este modelo se ha podido observar cómo los objetos intermediarios facilitan la expresión de sentimientos internos de difícil manifestación, a la par que posibilitan el establecimiento de contenidos comunicacionales que al estar siendo atribuidos al objeto protegen al paciente, evitando el contacto directo y ansiógeno.

Como última técnica dentro de este modelo se tiene el trabajo con mimo. La palabra no sirve únicamente para comunicarse, sino que, según la autora de este modelo sirve para ocultarse, y es ahí en que la técnica con mimo ayuda a establecer canales alternativos a la comunicación. Como es sabido por todos, el mimo consiste en la representación sin palabras de una serie de actos, historietas o estados emocionales, mediante la expresividad corporal, de tal forma, que Rosales (1990) comenta que los aspectos preconscientes que son comunicados a través de esta técnica, deben ser mantenidos sin devolución directa por parte del terapeuta, evitando los señalamientos o interpretaciones particulares en público que únicamente favorecerían la puesta en marcha de ansiedades persecutorias del autor. El ejercicio de esta técnica comporta la necesidad de prestar atención por parte del público para comprender el mensaje emitido. Se puede iniciar un caldeamiento con mimo y pasar a la palabra cuando se crea conveniente. Al ser éste un segundo paso, se cree que puede ser posible la vivencia en los pacientes de que su implicación en la primera fase -sin hablar- es menor y su componente lúdico hace más fácil la aceptación y el

posterior manejo de la palabra. No se debe olvidar que el compromiso a nivel corporal es mucho mayor y que las ansiedades que surgen deben ser trabajadas durante la sesión.

La experiencia en el trabajo con mimo dentro de este modelo permite señalar que la posibilidad de imitar que todos los seres humanos tienen puede ser utilizada terapéuticamente para que vayan surgiendo, con este modo de expresión, aspectos positivos aparcados hasta entonces. Sería algo así como utilizar el mimo para iniciar un aprendizaje y más tarde facilitar el juego espontáneo para que se puedan aflorar otros aspectos más personales y creativos del paciente. O por el contrario, mediante esta técnica, el paciente puede mostrar todo lo contrario a su manera habitual de ser dando oportunidad de trabajar con esa disociación.

Estas son las técnicas psicodramáticas empleadas en el modelo de Rosales (1990), sin embargo, cabe señalar que la autora menciona que en ocasiones no es preciso utilizar ningún tipo de técnica específica, ya que lo que se va desarrollando en la escena es lo suficientemente rico y la introducción de una variante sería más perjudicial que un enriquecimiento.

En el siguiente cuadro se presentan los aspectos característicos de las técnicas psicodramáticas según el modelo de la autora.

T E C N I C A S P S I C O D R A M A T I C A S	<ul style="list-style-type: none"> ◆ AUTOPRESENTACION (Una de las técnicas más simples. Con ella el paciente se presenta al público. Se da a conocer él y sus personajes internos. Su dirección está en manos del propio protagonista. Su empleo facilita un rápido enganche de los pacientes en tareas posteriores. En esta técnica se pueden introducir máscaras o títeres). ◆ SOLILOQUIO (Técnica por la que se expresa en voz alta sentimientos resultantes de lo actuado. Posibilita una vía de comunicación y expresión. Empleada por los yo-auxiliares puede utilizarse para transmitir aspectos de la realidad no vistos o realizar señalamientos inmediatos y directos durante la dramatización). ◆ DOBLE (En el contexto de este modelo, esta técnica casi no se utiliza). ◆ ESPEJO (De gran utilidad en el tratamiento del paciente psicótico, debido a la actividad disociativa y a la escisión, esta técnica se muestra útil para favorecer la integración y contener las tendencias desintegradoras. Pretende reproducir el comportamiento del paciente. Generalmente desarrollada por el yo-auxiliar, pero también puede participar el grupo). ◆ INVERSION DE ROLES (Consiste en adoptar el lugar del otro, en sentir lo que provocamos en él. Facilita el contacto con los aspectos propios proyectados en los demás. Puede utilizarse para conocer el modo concreto de un relación. Puede ser empleada como una técnica que estimule la capacidad de ponerse en el lugar de otro, pero también como una técnica que promueva el aprendizaje de roles. En el trabajo con pacientes psicóticos, el uso de esta técnica resulta mucho más operativa cuando se acentúa el aprendizaje que cuando se emplea con la única finalidad de provocar cambios internos de carácter más estructural). ◆ INTERPOLACION DE RESISTENCIAS (Técnica que pretende provocar cambios o alteraciones a lo dramatizado. Pretende explorar situaciones nuevas. Posibilita la percepción de múltiples y nuevos puntos de vista). ◆ TRABAJO CON IMÁGENES (Pretende visualizar y expresar corporalmente, sin palabras, lo que se entiende y percibe de una situación emocional. Existen ciertas dificultades para su empleo con psicóticos). ◆ TRABAJO CON OBJETOS INTERMEDIARIOS (Técnica de gran utilidad en el trabajo con pacientes psicóticos. El objeto intermediario es considerado como instrumento terapéutico que permite restablecer la comunicación verbal. Una de las características típicas del trabajo con títeres es el afloramiento de temas sexuales, agresivos y temidos en general. En la máscara suele proyectarse los sentimientos de desesperación e incapacidad). ◆ TRABAJO CON MIMO (Técnica que permite el establecimiento de canales alternativos a la comunicación).
---	---

Algunas propuestas no tan conocidas pero no por ello menos importantes, que hablan también del trabajo con técnicas psicodramáticas en pacientes psicóticos.

3.6. Modelo de abordaje de A. Caram

Amín Caram (2002), nos habla de su escrito denominado “Postulados sobre el trabajo psicodramático con el paciente psicótico”. El autor se basa en un primer trabajo realizado tras su primer año de experiencia con pacientes psicóticos en el servicio de Hospital Parcial de Fin de Semana del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez” al que tituló “Sociopsicodrama con pacientes psiquiátricos”, y el cual se centraba en las diferencias que ofrecía el trabajar con pacientes psicóticos controlados con respecto al trabajo con otro tipo de pacientes.

A partir de dichas diferencias, Caram (1998) planeaba ciertos lineamientos que según él deberían de regir el método psicodramático y que a su modo de ver posibilitarían más el trabajo. Pensaba que en el *psicodrama* se tenían que realizar como en otros métodos terapéuticos, modificaciones específicas y precisiones en el método que lo adecuaran al tipo de pacientes con los que se estuviera trabajando.

En la actualidad y tras una larga experiencia de cuatro años de trabajo clínico con psicóticos ambulatorios, Caram (2002, p. 1) opina que: “la aplicación del método psicodramático en el trabajo clínico con el paciente psicótico de manejo ambulatorio no difiere, en relación a su aspecto metodológico, de la aplicación de este método a otro tipo de pacientes ...”.

El autor está convencido de que las diferencias que se observan debido a las características clínicas de esta población, pueden sortearse, si llevan un debido control farmacológico y ambulatorio, de tal forma que el paciente psicótico puede someterse a la misma metodología de trabajo que con el resto de pacientes.

El objetivo que persigue Caram (op. cit.) a lo largo de este trabajo es, por una parte, demostrar que el trabajo con pacientes psicóticos, aunque se trate de personas con características peculiares, debe de ser al menos, en lo que a la metodología corresponde, igual al trabajo psicodramático que con cualquier otro tipo de pacientes, y por otra parte, despertar la atención e interés del clínico hacia el paciente psicótico, cuyas capacidades y posibilidades terapéuticas se han hecho menos y en algunas ocasiones se han limitado.

En lo que a la metodología se refiere, Altenfelder (1993, citado en Caram, 2002, p. 5) dice al respecto: “En el psicodrama de grupo que realizo en la enfermería psiquiátrica no utilizo ninguna técnica especial. Cualquier procedimiento psicodramático es aplicable al paciente psicótico”.

Caram (op. cit.) comenta que en base a sus primeras experiencias se planteaba un trabajo psicodramático más cuidadoso en cuanto a la aplicación de algunas técnicas y recursos. Sin embargo, en la actualidad, su experiencia le ha permitido comprobar que no son necesarias tales consideraciones.

A lo largo de este trabajo, Caram (2002, p. 26) se encarga de demostrar en base a diez postulados, la posibilidad y los alcances del método psicodramático con el paciente psicótico y resume sus hallazgos de la siguiente manera:

El método psicodramático es aplicable, sin restricciones técnicas ni metodológicas, a pacientes psicóticos manejados de forma ambulatoria. Los grupos de trabajo muestran una capacidad organizativa necesaria para trabajar con dinámica de emergentes, y aunque es un trabajo que favorece la regresión, ésta se vuelve una herramienta para una mayor integración de la personalidad del psicótico, brindándole una posibilidad de comprensión de lo que le ocurre difícil de alcanzar por otros métodos. El trabajo psicodramático con pacientes psicóticos es una herramienta contra la sintomatología negativa, favoreciendo formas distintas de expresión y comunicación, y debe ser un método para trabajar la sintomatología positiva, lo que implica enfrentarse a la locura misma y tratar de comprenderla. El trabajar psicodramáticamente con pacientes psicóticos, más que favorecer la actuación proporciona recursos a favor del control de impulsos y la tolerancia a la frustración. Al dirigir una sesión siempre se debe tener claro porqué se emplea una u otra técnica o recurso, aunque a veces no se tenga claro el sentido de la dramatización ni el contrato de ésta. Dentro de la sesión psicodramática el compartir tiene una función especial en relación a favorecer el juicio de realidad, la conciencia de enfermedad y, en ocasiones, el apego terapéutico y farmacológico. Para realizar este tipo de trabajo no es necesaria ninguna medida especial de protección, el hacerlo en una institución hospitalaria creo que da la protección y seguridad necesaria para el clínico que además tiene confianza en el psicodrama como la guía de su intervención.

Revisados diversos modelos de abordaje se integra un cuadro comparativo de las similitudes y diferencias sobre estos modelos.

**CUADRO COMPARATIVO
SIMILITUDES Y DIFERENCIAS**

	MORENO <i>(Psicodrama de un Caso de Parantolo)</i>	BOUR <i>(Psicodrama de los 4 elementos)</i>	KONONOVICH <i>(Psicodrama Comunitario)</i>	RAMIREZ <i>(Psicodrama Intensivo)</i>	ROSALES	CARAM
Enfoque	<ul style="list-style-type: none"> En el marco de un Hospital Psiquiátrico con pacientes internos. 	<ul style="list-style-type: none"> En el marco de un Hospital Psiquiátrico con pacientes internos. 	<ul style="list-style-type: none"> En el marco de un Hospital de Día con pacientes ambulatorios. 	<ul style="list-style-type: none"> En el marco de un Hospital Psiquiátrico con pacientes internos. 	<ul style="list-style-type: none"> En el marco de un Hospital de Día con pacientes ambulatorios. 	<ul style="list-style-type: none"> En el marco de un Hospital de Día con pacientes ambulatorios.
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> Social (se refiere a todos los contextos donde se desenvuelve el paciente) Grupal (son los participantes o asistentes a la sesión) Psicodramático (el - como si- no existe en este caso preciso) 	<ul style="list-style-type: none"> Social (limitado al servicio del hospital) Grupal (delimitado por la estructura grupal) Psicodramático (no resulta necesario recurrir a un modelo de juego) 	<ul style="list-style-type: none"> Social (pertenece al medio hospitalario) Grupal (actividad comunitaria) Psicodramático (lugar donde se juega el -como si-) 	<ul style="list-style-type: none"> Social (se refiere al medio socio-cultural y hospitalario que rodea al paciente) Grupal (se refiere a los participantes de la sesión) Psicodramático (lugar donde se juega el -como si-) 	<ul style="list-style-type: none"> Social (se refiere al medio socio-cultural y hospitalario que rodea al paciente) Grupal (limitado a los integrantes de la sesión) Psicodramático (lugar artificial donde se juega -como si-) 	<ul style="list-style-type: none"> Social (marco humano que rodea los pacientes en todos los contextos) Grupal (esta delimitado por todos los participantes del grup) Psicodramático (espacio del -como si-)
Encuadre	<ul style="list-style-type: none"> 51 sesiones de psicodrama sesiones de 1 ½ de duración. Se trabaja con delirios y alucinaciones. Técnica dirigida al tratamiento individualizado o grupal (en este caso es grupal) Se trabaja en el "aquí y el ahora" Se permite al paciente una total espontaneidad de expresión. Preparación anticipada de las sesiones por parte del equipo. El paciente actúa sus conflictos en lugar de hablarlos. Grupo conformado por (1 médico, 3 yo- auxiliares, 4 pacientes, 2 hermanas de María, Carlos "amigo de la infancia"). 	<ul style="list-style-type: none"> 1 sesión mensual aprox. Gpos. conformados por pacientes cuyo diagnóstico de esquizofrenia no deja duda. Se permite los delirios y alucinaciones. No existen las interpretaciones El grupo abierto conformado por cuatro subgrupos de acuerdo al elemento elegido: tierra (9), agua (7), aire (6) y fuego (1). 	<ul style="list-style-type: none"> 70 sesiones de psicodrama comunitario. Sesiones semanales de 2 hrs. de duración cada una. Permite señalamientos e interpretaciones al protagonista y al grupo ligadas a lo dramatizado (una vez terminada la dramatización). Se privilegia la expresión de los afectos Grupos abiertos hasta de 25 pacientes. Reglas claras del juego El manejo de la escena y el desarrollo de la misma son cuidadosamente pautados. Orientación analítica. 	<ul style="list-style-type: none"> Se trabaja con síntomas positivos. Trabajo por seis meses. Sesiones programadas de 2 hrs. Dianas o sesiones espontáneas (si la ocasión lo requiere). Se trabaja con -el aquí y el ahora- Prohibidas las interpretaciones en la etapa de comentarios. 	<ul style="list-style-type: none"> Marcada importancia de un encuadre debido al tipo de población. Sesiones de 2 hrs. durante los primeros días de la semana. Asistencia obligatoria. Grupos conformados por 20 personas. Limites entre fantasía y realidad, estructuras internas y sociales. Preparación anticipada de las sesiones por parte del equipo. Intervenciones terapéuticas encaminadas a estimular y favorecer en los pacientes el conocimiento y desarrollo de las capacidades inhibidas o subutilizadas. Tendencia a trabajar con aspectos lúdicos. Trabajo multi e interdisciplinario (para conocer al paciente desde distintas ópticas y ángulos e integrar las diversas experiencias terapéuticas, reorientando consistentemente al 	<ul style="list-style-type: none"> Contrato a 20 sesiones semanales, de 1 ½ de duración cada una. Cuatro módulos de 5 sesiones c/u. Grupo abierto-cerrado de pacientes heterosexuales, con un cupo de 8 a 12 integrantes. Suele trabajarse con la sintomatología positiva (delirios y alucinaciones) Prohibido hablar de los sentimientos de los demás bajo el método encubridor: "yo siento que tú..." Prohibido hacer interpretaciones. Prohibido ser irrepresivo con los sentimientos de los demás. Esta permitido (alegrarse, enojarse, cruzarse, aburrirse, entristecerse y también no sentir nada). Se trabaja con -al aquí y el ahora-

Elementos	<ul style="list-style-type: none"> Protagonista Director Yo-auxiliares Audiencia Escenario (espacio psicodramático y la vida real) 	<ul style="list-style-type: none"> 4 terapeutas Protagonistas (todos los pacientes) No existe un yo-auxiliar Sala (como escenario) Audiencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Director. Yo-auxiliar Audiencia escenario terapeutas protagonistas (varios pacientes eran protagonistas al mismo tiempo y participaba la comunidad terapéutica) 	<ul style="list-style-type: none"> director protagonista yo-auxiliares audiencia escenario 	<ul style="list-style-type: none"> protagonista director yo-auxiliar público escenario 	<ul style="list-style-type: none"> director protagonista espacio psicodramático audiencia yo-auxiliares
Recursos Psicodramáticos	<p>Nota: aún siendo recursos para Moreno no existía este término.</p> <ul style="list-style-type: none"> presentación del self * presentación colectiva de roles * psicodrama de sueños * psicodrama analítico * psicodrama alucinatorio * hipnodrama * proyección del futuro * pruebas de control * psicodrama planeado * psicodrama simbólico * 	<ul style="list-style-type: none"> trabajo con objetos intermedios (arella, cubeta con agua, pelota de goma, lámpara de alcohol). 		<ul style="list-style-type: none"> trabajo con objetos intermedios (fíteres, imágenes, máscaras). Trabajo con mimo. 	<ul style="list-style-type: none"> Dramatización de sueños. D. De escenas D. Completa D. De imágenes D. De duelos D. Del átomo social Juegos dramáticos Viñeta Teatro de la espontaneidad Psicodrama interno Role playing o desempeño de roles, }-trabajo de encuentro. 	
Equipo Terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> 1 Médico (Director) 3 yo-auxiliares (entrenados). 	<ul style="list-style-type: none"> 4 psicoterapeutas 	<ul style="list-style-type: none"> 5 psicodramatistas. 	<ul style="list-style-type: none"> 1 director 1 ó varios yo-auxiliares (entrenados). 	<ul style="list-style-type: none"> dos yo-auxiliares un director. 	<ul style="list-style-type: none"> 1 director 3 yo-auxiliares (con un mínimo de entrenamiento)
Etapas o Fases	<ul style="list-style-type: none"> soliloquio dramatización compartir 	<ul style="list-style-type: none"> no se realizan las tres fases, no existe calentamiento, el protagonista solo habla y el director registra... hasta que el nivel se eleva y sale un tema. 	<ul style="list-style-type: none"> Calentamiento Dramatización (eje central) Compartir 	<ul style="list-style-type: none"> Calentamiento Acción Participación. 	<ul style="list-style-type: none"> calentamiento dramatización comentarios 	<ul style="list-style-type: none"> calentamiento dramatización compartir
Técnicas	<ul style="list-style-type: none"> soliloquio técnica del espejo técnica de proyección técnica de inversión técnica de acción indirecta técnica de acción directa técnica del doble intercambio de roles entrevista. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista Soliloquio 	<ul style="list-style-type: none"> El doble El espejo Cambio de roles El soliloquio El reportaje Entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> Autopresentación Soliloquio El doble El espejo Inversión de roles Interpolación de resistencias. 	<ul style="list-style-type: none"> El doble El espejo Cambio de roles Entrevista Soliloquio Doble múltiple Maximización Concretización Cámara lenta Interpolación de resistencias 	<ul style="list-style-type: none"> El autor maneja una diversidad de técnicas Realiza una división de las técnicas en 3 secciones: de calentamiento, de acción y de participación, aunque estas no son excluyentes. Pueden mencionarse entre ellas las técnicas básicas: el doble, el espejo, cambio de roles.

3.7.1. Análisis de las similitudes y diferencias entre los diversos modelos

Categorías de evaluación

Categoría	Concepto
Enfoque	Marco en el que se lleva a cabo el trabajo psicodramático.
Técnica	Conjunto de procedimientos simples que se usan en el armado y estructuración de una escena.
Recursos Psicodramáticos	Se entenderá por recursos psicodramático a aquellos procedimientos más complejos que las técnicas dramáticas y que pueden incluir una o más de éstas, a decisión del Director.
Encuadre	Constantes que permiten se realice un trabajo. Reglas, lineamientos...
Elementos	Componentes que dan vida a un <i>psicodrama</i> . Director.- Es el principal terapeuta en una sesión psicodramática. Como eje de la sesión, es el más importante agente dinámico del psicodrama. Protagonista.- Es la persona en quien se centra la atención y actuación psicodramática. Yo-auxiliares.- Son los miembros del grupo que representan a personas del átomo social del protagonista, objetos importantes para él o aspectos internos – cualidades, defectos, sentimientos...etc.- que se dramatizan en la acción psicodramática. Audiencia.- Parte del grupo que no está participando directamente durante una dramatización. Espacio psicodramático.- Espacio físico donde se realiza la dramatización. Es el lugar del “como si” dramático.
Fases	Partes o etapas que conforman la estructura del <i>psicodrama</i> . Constituyen el procedimiento secuencial del <i>psicodrama</i> como método. Calentamiento.- Es la primera parte del <i>psicodrama</i> . Tiene como finalidad integrar al grupo y prepararlo para la acción, activando la espontaneidad y creatividad de los participantes. Dramatización.- Es la segunda parte en la estructura del <i>psicodrama</i> . Empieza cuando el director y/o el grupo ha seleccionado al protagonista. Consiste en una serie de escenas relacionadas con el problema presente del protagonista. Compartir.- Es la tercera fase de la estructura del <i>psicodrama</i> . En ella se comunican las experiencias similares a las presentadas por el protagonista que han tenido los miembros del grupo y se expresan los sentimientos que suscitó la actuación.
Contexto	El contexto puede corresponder a tres aspectos: el social, grupal y psicodramático. Contexto social.- Corresponde al medio sociocultural general al que pertenecen los pacientes. Cuando la sesión de psicodrama se lleva en el marco de un hospital, el contexto social puede ser considerado de diversas maneras: el servicio o sala donde se desarrolla el trabajo, el hospital como totalidad o todo lo que se da fuera del establecimiento. Contexto grupal.- Este contexto corresponde al grupo que participa de las sesiones; se incluyen en él a los integrantes del equipo en su totalidad. Contexto psicodramático.- Es el contexto del “como si” donde se jugarán los roles propuestos de acuerdo a las escenas.

Una vez que se han revisado algunos de los modelos de abordaje a pacientes psicóticos con el método psicodramático y se ha elaborado un cuadro comparativo, se analizará a éstos dentro de las categorías arriba señaladas para encontrar similitudes y diferencias dentro de los mismos, que permitan una sistematización para la elaboración de un programa con el método psicodramático en pacientes esquizofrénicos.

ENFOQUE:

Como puede apreciarse con base a los diversos modelos estudiados, el hospital psiquiátrico ha sido el marco más importante para el desarrollo de las distintas prácticas que han utilizado las técnicas dramáticas, sea con pacientes internos o en el hospital de día o fin de semana con pacientes ambulatorios.

Sin embargo, sólo habría que aclarar que el trabajo de Kononovich (1984) fue llevado a cabo en un servicio que adhería a los principios de la comunidad terapéutica, y, por lo tanto, fue pensado y diseñado como *psicodrama* comunitario.

CONTEXTO

Resulta importante comprender que el individuo no es tratado como un ser único, de modo aislado, ya que forma parte de un grupo y de una sociedad. Cuando actúa dentro de un escenario psicodramático lo hace ante y para otros componentes de su grupo aportando elementos procedentes de su comunidad. Por lo tanto, el contexto social está conformado por esa comunidad de la que se habla y en la que el individuo se encuentra inmerso. El contexto grupal es el marco

humano en el que se trabaja el *psicodrama* y el contexto psicodramático es el “como si” de la dramatización.

Con relación a estos tres contextos –el social, el grupal y el psicodramático- podrá observarse que son tomados en cuenta dentro de todos los modelos, pero con algunas pequeñas variantes.

Dentro del trabajo de Moreno (1995) titulado “Un caso de paranoia”, encontramos que el contexto grupal está conformado por todos los participantes o asistentes a la sesión. Por otro lado, y en lo que al contexto social se refiere, cabe mencionar que Moreno señala que cuando se trata de curar a un solo individuo, el proceso terapéutico podría quedar reducido a un diálogo entre dos personas que se encontraban una frente a la otra. El mundo podía dejarse fuera. Pero, a partir del momento en que el grupo entra en tratamiento, el mundo entero, tiene que convertirse en parte de esa situación terapéutica. Lo que nos hace concluir que el contexto social, dentro del trabajo de Moreno (op. cit.) incluye todo ese mundo que rodea al paciente. Asimismo, cabe mencionar que una marcada diferencia la podríamos encontrar en el contexto psicodramático, el cual está conformado por un “mundo auxiliar” creado exclusivamente para el paciente, y en la que no existe, al menos para él, el “como si” del *psicodrama*. Aspecto muy relevante, pues el autor maneja el contexto psicodramático del –como sí- en casi todos sus trabajos.

El trabajo de Bour (1977, p. 43) se ve favorecido por el servicio de hospital psiquiátrico “cerrado”, pues como el autor señala: “en esta ‘casa de cristal’, ninguna ‘abreacción’, ningún contragolpe afectivo, escapa”, de tal forma, que nos hace pensar que el contexto social está

limitado al servicio del hospital. En cuanto al contexto grupal concierne a la estructura del grupo donde se opera. Y por último, puede notarse la existencia de un contexto psicodramático. En él, gracias al tema que surge con base al elemento catalizador, cada uno se sitúa libre y directamente sin recurrir a un modelo de juego.

En el trabajo de Kononovich (1984), el medio hospitalario es considerado como el contexto social de estos pacientes. Por otro lado, cabría aclarar una vez más que dentro del trabajo de Kononovich (1984) debido a ser considerado como un *psicodrama* comunitario, el contexto grupal incluye tanto a los pacientes como a terapeutas, enfermeras, médicos y demás personal que colabora en la sesión. Dentro del contexto dramático, se puede observar como lo señala el concepto de categorización, que es el contexto del “como si” en el que se juegan los roles propuestos dependiendo de la escena a dramatizar y el cual se hace presente en cada sesión.

Para Ramírez (1987) como para mucho otros, el *psicodrama* es esencialmente una terapia grupal y parte de la idea de Moreno de que los problemas emocionales tienen su origen principalmente en la frustración de las necesidades básicas de la infancia, debidas a deficiencias de la madre, padre y núcleo familiar. Es por esto, que en el trabajo de Ramírez (op. cit.) puede verse la importancia de la familia del paciente como parte fundamental del contexto social de éste, de igual forma, está delimitado por el medio hospitalario como parte integral del proceso terapéutico del paciente. El contexto grupal está conformado por todos los participantes de la sesión psicodramática. Y una vez más se puede observar la presencia de un contexto psicodramático en donde se presentan los roles que estarán en juego durante la puesta en escena.

Rosales (1990) apoya la importancia de las relaciones interpersonales como parte importante del tratamiento psicodramático. Y para la autora, el contexto social está conformado tanto por el medio hospitalario como por el medio sociocultural en el que se desenvuelve el paciente. El contexto grupal son todos aquellos que forman parte de la sesión psicodramática. Es en el que se expresan y se elaboran todas las vivencias y conflictos, los temas propios de ese grupo, en ese momento y en ese lugar. El contexto psicodramático es al que corresponde la puesta en escena de vivencias que se han experimentado en el contexto social, como una especie de contexto simbólico, en el que se juega “como si” y donde aparece la fantasía, Rosales (1990, p. 58) diría al respecto: “es de hecho, un lugar artificial”.

Caram (1998, 2002) al igual que Rosales (1990) parte de un modelo asistencial de tipo integral en el que se apoya en gran medida en las relaciones interpersonales de los pacientes y, por tanto, su contexto social también está conformado por el marco humano que rodea al paciente en todos los ámbitos. El contexto grupal también está conformado por todos los participantes del grupo. El contexto psicodramático es el espacio del “como si”. Es el espacio que puede transformarse en mil lugares, los integrantes del grupo en mil personajes, el día de hoy en cualquier época pasada o futura. La dramatización, consiste justamente, en hacer “como si”.

TECNICAS DE PSICODRAMA:

Dentro del trabajo de Moreno (1995) podrá observarse una gran variedad de lo que él llama técnicas psicodramáticas; con modalidades y variaciones diversas. Sin embargo, para la finalidad de esta categorización se podría ver a lo largo de su estudio denominado “Un caso de paranoia” que existe una gran diversidad de procesos que entrarían en lo que en este trabajo se ha

conceptualizado como recursos psicodramáticos, por ser procesos más elaborados que una simple técnica.

Cabe mencionar que a pesar de que Moreno (1975) menciona una diversidad de técnicas, existen sólo tres: el doble, el espejo y cambio de roles que podrían ser consideradas como técnicas básicas. El autor menciona que estas tres técnicas corresponden a las tres primeras fases del desarrollo del niño. Moreno (op. cit., p. 124) señala que: “La técnica del doble corresponde a la fase de identidad del niño, tiempo en que experimenta el mundo entero como una unidad. La técnica del espejo corresponde a la fase en que vive la paulatina disociación de su Yo respecto del Tú. Es el tiempo en que el niño empieza a conocerse a sí mismo como individuo separado de los otros individuos. Mediante el cambio de papeles va conociendo poco a poco la realidad de los otros mundos personales”.

El trabajo psicodramático de Bour (1977) con pacientes cuyo diagnóstico de esquizofrenia no dejaba ninguna duda, y después de intentar sin éxito su introducción en un “grupo ordinario” de *psicodrama* lo llevó a realizar un intento con objetos intermediarios; en un principio con objetos como: un cubo de agua, la llama de una lámpara de alcohol, un balón y un trozo de tierra envuelto en tela, más tarde otros objetos intermediarios, de lo más inesperados, fueron utilizados a título de catalizadores. Estos objetos propiciaban un comienzo de la sesión exclusivamente asociaciones verbales espontáneas que iban subiendo de nivel hasta llegar a un tema específico que permitiera la integración de roles. Es necesario señalar que de esto se vale Bour (op. cit.) para su trabajo con este tipo de pacientes, sin embargo, cabría aclarar que el autor no emplea en ningún momento el término de técnica. Por otro lado, en algunas de sus sesiones se puede observar el uso

de la entrevista y el manejo de soliloquios por parte de los pacientes, las cuales son consideradas dentro de este trabajo como técnicas.

Kononovich (1984) refiere un trabajo más apegado al *psicodrama* “tradicional” como él le llama, es decir, al *psicodrama* moreniano, de tal forma que también podrá observarse una diversidad de técnicas sin alguna diferencia en cuanto a la categorización de esta tesina. Se pueden encontrar las técnicas que Moreno (op. cit.) ha señalado como las del desarrollo del niño y que pueden ser consideradas como técnicas básicas.

Ramírez (1987) refiere que existen más de 300 técnicas que psicodramatistas certificados usan en sus sesiones según su personalidad y dependiendo de los grupos con que se esté trabajando. Señala que muchas de estas técnicas se han tomado directamente de Moreno y otras se han adaptado de diversas orientaciones, especialmente de la psicología humanista, de la bioenergética y del movimiento de crecimiento personal. El autor las ha agrupado en tres secciones según la aplicación que suele hacer de ellas; al principio de la sesión o calentamiento, en la acción y en la terminación o participación. Ramírez no hace ninguna diferencia entre técnicas o recursos psicodramáticos. Sin embargo, podemos distinguir claramente las técnicas que hemos señalado como básicas y que son las que corresponden a las tres primeras fases del desarrollo del niño.

Rosales (1990) nos plantea una serie de técnicas psicodramáticas que su experiencia le han permitido comprobar son útiles en el tratamiento de pacientes psicóticos. Es importante resaltar que en el trabajo de la autora se puede resaltar el uso de las técnicas conocidas como

básicas. Por otro lado, existen algunas otras que serían conceptualizadas como recursos psicodramáticos de acuerdo a la categoría de esta tesina.

Cabe resaltar el trabajo de Caram (1998, 2002) debido a la sistematización de sus técnicas que permiten una diferenciación clara entre técnica y recurso.

Como puede observarse, existe una gran divergencia en la literatura psicodramática, debido a que se le ha dado el nombre de técnicas a muchas cosas. Es por ello, que para fines de este trabajo se realizará una clasificación basada en el trabajo de Carmen Bello (2000) y cuyo concepto de técnica se ha definido en un principio. Esta conceptualización se hace útil para poder diferenciar tanto las técnicas como otros recursos empleados en los diferentes modelos que permitan una sistematización diferenciando y conceptualizando ambas categorías.

RECURSOS PSICODRAMATICOS:

Carmen Bello (2000, p. 65) refiere que “en la literatura moreniana, los recursos psicodramáticos están descritos como técnicas, sin discriminarlas de las anteriores Incluso Moreno les llama “métodos”. Pero, como ya se mencionó anteriormente existen diversos procesos más complejos que las técnicas básicas que ya se mencionaron y que entrarían en la categoría de recurso, según el concepto de categorización del presente trabajo.

Podrá observarse a lo largo de todo el trabajo de Bour (1977) que no aparece en ningún momento el término de recurso psicodramático, sin embargo, y para la categorización del

presente estudio, el empleo de objetos intermediarios como un proceso más complejo empleado por el autor durante las sesiones con estas enfermas caería dentro esta conceptualización.

Kononovich (1984, p. 118) refiere que tanto el montaje de la escena, como su estructura y su dinámica están determinadas en primera instancia por las condiciones en las que se encuentre el protagonista. El autor señala: “La ausencia o la merma de las funciones apuntadas exigían un plus de trabajo a este último, que debía instrumentar recursos técnicos en auxilio de esas funciones mermadas o deterioradas”. Se trataba de articular una estructura técnica que, a modo de prótesis, pusiera en movimiento la escena. Lo que hace pensar que de una manera implícita, Kononovich (op. cit.) llevaba a cabo procedimientos que él consideraba más complejos aunque él les denominara técnicas, pero que para este trabajo entran en la categoría de recursos psicodramáticos.

Se puede observar dentro del trabajo de Ramírez (1987) que él no emplea el término de recursos psicodramáticos y generaliza los procesos que menciona con el nombre de técnicas. Sin embargo, una vez más podría hacerse la diferenciación de técnicas y recursos con base a la conceptualización de este trabajo, encontrando como ya dijo Bello (2000) una falta de sistematización para una definición más generalizada entre los diversos modelos de estos conceptos.

Dentro del trabajo de Rosales (1990) una vez más podemos encontrar la falta de una sistematización entre técnica y recursos psicodramático, lo que lleva a la falta de empleo de este último término. Sin embargo, aunque parecieran redundantes en este punto, existen procesos

más complejos que las técnicas básicas y las cuales podrían ser catalogadas para una sistematización como recursos psicodramáticos.

Se debe resaltar el trabajo de Caram (1998, 2002), como se ha mencionado anteriormente en el punto que concierne a las técnicas, resulta importante para este fin, el trabajo del autor debido a su sistematización en cuanto al empleo de una técnica y de un recurso dentro del trabajo psicodramático.

ENCUADRE:

A lo largo del trabajo de Moreno (1975, 1995) titulado “Un caso de paranoia” el cual nos atañe en este momento, puede analizarse la importancia que da el autor en cuanto a un encuadre claro y adecuado al tipo de trabajo que se está realizando. El autor solía realizar trabajos muy especializados ya sea tratamientos individuales o grupales los cuales requerían de un encuadre muy específico.

El trabajo de Bour (1977, p. 42) maneja implícitamente un encuadre adecuado a las características de este tipo de pacientes. El autor opina al respecto: “no hay un solo psicodrama, ni siquiera ni un solo psicodrama ‘moreniano’. Cada uno realiza la técnica según la dinámica de su vida profunda y le da el espíritu de su formación psicológica heredada de muchas experiencias y de muchas corrientes reunidas”. El autor señala que su experiencia del trabajo psicodramático, concierne esencialmente a mujeres de origen étnico, racial, geográfico, social, profesional, muy diverso. De tal manera que en una misma sesión podrían verse una al lado de la otra, la mujer de un minero o de un marino, una religiosa, una divorciada, chicas jóvenes, campesinas, ciudadanas,

extranjeras... etc., siempre y cuando no hubiera la menor duda del diagnóstico de esquizofrenia. Por otro lado, puede observarse una conformación grupal “abierta” dividida en cuatro subgrupos, dependiendo del elemento catalizador elegido. El trabajo de Bour (op. cit.) nos hace ver la necesidad de un encuadre, cuyas características son muy peculiares a su experiencia en el trabajo psicodramático con este tipo de pacientes.

Kononovich (1984, p. 119) justifica en cuanto a su trabajo, la diversidad de este encuadre señalando que la modalidad analítica, al no ceñirse al modelo tradicional de *psicodrama*, ha tenido que utilizar la técnica dramática incorporándola a algunos cambios. El autor señala que su trabajo tiene algunos parecidos formales con el resto de los modelos analizados, es decir, con el *psicodrama* tradicional, pero existen diferencias teóricas. Mantiene de la técnica moreniana, aunque con otra dinámica, los cinco elementos, los tres tiempos y los tres contextos. El autor señala: “Proponíamos con el psicodrama comunitario un lugar sólido, estable, con reglas de juego claras, no para desterrar el discurso de la psicosis en su manifestación irruptiva y desbordante sino para abordarlo con una disponibilidad concedora de sus propios límites”.

Kononovich (1984) comenta respecto a su trabajo que dado el grado de complejidad que puede llegar a tener un marco tan especial; combinación de actividad terapéutica y de asamblea comunitaria, la planificación de un encuadre requerirá un cuidadoso examen. El autor por tanto, refiere un encuadre claro en el que indica que los pacientes se reúnen para dramatizar y cada sesión tiene como eje exclusivo la dramatización. La sesión tiene una orientación analítica. Se trabaja en grupos de 25 pacientes con cinco psicodramatistas. Se reunían pacientes, terapeutas, asistentes y enfermeros, suscitándose así un acontecimiento distintivo y singular. La frecuencia de

estas sesiones suele ser semanal, y su duración oscila en las dos horas. Se hacen señalamientos e interpretaciones al protagonista e incluso al grupo, que deberán estar ligadas a lo dramatizado y se privilegia la expresión de los afectos.

Ramírez (1987) parte de una base muy moreniana, lo cual da como resultado un encuadre implícito pero bastante claro que ha sido reforzado gracias a la experiencia de su trabajo.

Rosales (1990, p. 29) opina que: “El encuadre en psicodrama, como en cualquier otra actividad psicoterapéutica, define la naturaleza del “aquí y ahora”, el marco temporoespacial, así como también genera las referencias normativas que posibilitan el trabajo y definen sus límites”. Cabe recordar que en el centro hospitalario que ocupa a este trabajo, existen varios abordajes terapéuticos que configuran un todo, motivo por el cual la autora señala que para establecer un encuadre coherente fue necesario analizar las diferentes técnicas tomando en cuenta los objetivos terapéuticos de cada una de ellas, ya que la coherencia interna del encuadre aumentaría la capacidad del trabajo terapéutico.

Caram (1998, 2002) al igual que todo trabajo psicodramático que se basa en el método moreniano maneja de forma implícita la importancia de un encuadre. Para el autor es preciso dejar desde la primera sesión, un encuadre claro.

Con la revisión anterior, podrá apreciarse que el trabajo con pacientes psicóticos es un marco que ha permitido los más diversos y variados encuadres grupales. Por otro lado, podrá

observarse la importancia del encuadre debido a que éste viene a pautar el terreno y las reglas de juego de la sesión.

ELEMENTOS:

Moreno (1975) nos habla de que el método psicodramático se sirve principalmente de cinco distintos medios: el escenario, el protagonista, el director terapéutico, el equipo de las fuerzas terapéuticas o yo-auxiliares y el público. Estos elementos son instrumentos fundamentales necesarios para la realización de una sesión psicodramática.

En el trabajo de Bour (1977) y a diferencia de la técnica moreniana, podrán notarse algunas variantes dentro de los elementos que dan cuerpo a una sesión: Durante una sesión el grupo se subdivide en cuatro grupos dependiendo del elemento catalizador que se haya escogido, a saber, el fuego, la tierra, el aire y el agua. Estará a cargo de cada grupo un terapeuta que es la persona que podría decirse funge como director. Los protagonistas serán todos los pacientes, conforme vayan verbalizando de forma espontánea o en la integración de algún rol. No existen yo-auxiliares, aquí simplemente los terapeutas registran todo aquello que dicen los pacientes. Se emplea toda la sala como escenario. Y la audiencia está conformada por los mismos pacientes.

El trabajo de Kononovich (1984) como ya se había señalado antes, mantiene de la técnica moreniana, aunque con una dinámica diferente, los cinco elementos: -el director, el protagonista, el escenario, los yo-auxiliares y el público o auditorio-. Para el autor, el director suele ser el integrante del equipo con más experiencia en técnicas dramáticas. Decide sobre cual emergente dramatizar, aunque comparte con su equipo las mismas funciones en la búsqueda de éste. Tiene

libertad para dramatizar junto con el grupo, siempre y cuando su función de observador-operador quede cubierta por su co-director. Dirige la dramatización sin apurar al paciente. Durante la etapa de comentarios es uno más del equipo. El protagonista puede ser uno, varios o el grupo mismo. Con este no se lleva a cabo por principio ningún tipo de caldeamiento. Cuando existe algún tipo de inhibición para la dramatización se suele hacer algún señalamiento. El escenario es siempre el centro del círculo que forman los pacientes junto con el equipo. No se utiliza ningún tipo de tablado ni existe alguna diferenciación de niveles de espontaneidad. Suele colocarse dos sillas en él mientras surge el emergente, una vez iniciada la sesión, puede agregarse alguna más si acaso la escena lo requiere y serán los únicos objetos que estén en el escenario. Los yo-auxiliares son terapeutas entrenados en la técnica de los juegos dramáticos. El yo-auxiliar deberá poseer un profundo conocimiento sobre sus propias posibilidades de tomar diversos roles. Debe contar con un buen manejo de su cuerpo cuando lo pone en funcionamiento. Junto con el director, los yo-auxiliares son los responsables por la tarea en su totalidad. El público o auditorio es la parte del grupo cuya función es la de observador-participante, es decir, son los pacientes que momentáneamente no dramatizan pero que son observadores implicados y, como tales, participantes.

Dentro del trabajo de Ramírez (1987), podemos observar que los elementos que intervienen en el *psicodrama* son considerados como los agentes dinámicos que dan vida a una sesión. Para el autor, el director es el agente principal ya que de él dependerá en gran medida el éxito de la sesión, sin que por esto se reste valor e importancia al protagonista y a los yo-auxiliares. Es el eje de toda la producción psicodramática. Su función empieza desde que se presenta ante el grupo. Su labor consiste en preparar al grupo y seleccionar al protagonista. Estará

a cargo del inicio y duración de cada escena, así como, de la finalización de la sesión psicodramática. El protagonista es el paciente centro de la atención de la actuación psicodramática. Es un agente dinámico y terapéutico en relación con todo el grupo que participa en la sesión. Los yo-auxiliares son asistentes terapéuticos y no simples maniqués o títeres. Ocupan un lugar intermedio entre el director y el protagonista. Son los miembros del grupo que en la actuación dramática del protagonista ocupan el lugar de personas o cosas de su átomo social. Son escogidos por el protagonista entre las personas del grupo. La audiencia no es un simple grupo de espectadores; todos son agentes dinámicos en la acción dramática. El escenario es el espacio en el que el protagonista se enfrenta a lo visible y a lo invisible, a lo real y a lo imaginario, a lo posible y hasta lo imposible.

Dentro del trabajo de Rosales (1990, p. 86) también se emplean los cinco elementos: el director, el protagonista, los yo-auxiliares, el público y el escenario. La autora opina que “los elementos citados son condición imprescindible para la realización de esta actividad; son instrumentos, pero, obviamente, instrumentos personalizados, exceptuando el escenario, por lo que la acción se carga de ‘estilo’ personal”. Para la autora el director es la persona encargada de discriminar el material que se va a dramatizar. Es el que asume la tarea de introducir a los yo-auxiliares, con consignas concretas, en el momento en que considere oportuno. De igual forma, le corresponde el inicio de la sesión, el paso de una etapa a otra, el introducir nuevas técnicas, el finalizar tanto las etapas como la sesión misma, la dirección del análisis de lo trabajado. El yo-auxiliar es un elemento terapéutico que actúa desde dentro del escenario. Es un intermediario entre el director y el protagonista. El protagonista, es el actor principal dentro de una sesión de *psicodrama*. Actúa como emergente del grupo que asume el protagonismo, ya sea para trabajar

aspectos propios o para poner de manifiesto aspectos grupales de los que se erige en portavoz. El público es el conjunto de personas que desde el contexto grupal participa de lo representado. El escenario es el espacio destinado a la dramatización.

A lo largo del trabajo de Caram (1998, 2002) puede apreciarse el uso de los cinco elementos. Para el autor el protagonista es aquel sobre el que se centra la acción dramática. El yo-auxiliar es un miembro del grupo de *psicodrama* o del equipo terapéutico, que ayuda al protagonista en su dramatización, representando un personaje significativo de su vida (persona, animal u objeto) o representando al protagonista o a una parte de él. El director es el que lleva la secuencia dramática, implementa las técnicas y los recursos del *psicodrama*, hace de nexo entre el grupo y el protagonista y coordina el espacio de compartir. La audiencia es simplemente la parte del grupo que no está participando directamente durante la dramatización. El espacio psicodramático es el espacio físico donde se realiza la dramatización, pero también es mucho más que eso, es el lugar del “como si” dramático.

Resulta importante destacar que, aunque con una dinámica diferente los elementos que dan vida a una sesión psicodramática casi mantienen una constante dentro de los diversos modelos. Una diferencia la encontraríamos dentro del trabajo de Bour (1977) en el que no existe por una lado, el trabajo del yo-auxiliar y, por otro, tampoco existe el trabajo de un solo director psicodramatista, sino que colaboran cuatro terapeutas que están a cargo cada uno, de uno de los cuatro subgrupos. Otra diferencia que podría mencionarse es con Moreno (1995) dentro de su trabajo titulado *psicodrama* de “un caso de paranoia” en el que el escenario está conformado por un espacio psicodramático y por la vida real.

Sin embargo, aun con todas las pequeñas o grandes diferencias es notorio la importancia de estos elementos para que se lleve a cabo una sesión psicodramática.

FASES:

Moreno (1975, p. 116) señala que en el curso de sesiones de grupo típicas, verbales e interactivas, sucede con frecuencia que un miembro del grupo vive su problema con tal intensidad que las palabras resultan insuficientes. Este miembro siente la necesidad de vivir la situación, construir un episodio y a menudo estructurarlo cuidadosamente, más de lo que permitiría el mundo eterno real fuera de la sesión. El problema que tiene un individuo es compartido frecuentemente por los otros miembros del grupo, el individuo se convierte así en un representante en acción. En tales momentos el grupo le deja espontáneamente sitio, porque lo primero que necesita es “espacio” para moverse y desplegarse. Se dirige al centro o delante del grupo, de tal manera que pueda comunicarse con todos. Esta es la transformación natural y espontánea de una sesión de psicoterapia de grupo en un *psicodrama*. Y una sesión tiene habitualmente tres fases: “1. La preparación, el “relajamiento” y “el calentamiento” (warming up) del grupo, el hallazgo de un problema común y de un protagonista adecuado; 2. La propia representación y, 3. La participación terapéutica del grupo”. Moreno (citado en Ramírez, 1987) llama a esta última fase la verdadera terapia de grupo, ya que en ella se realiza la catarsis del grupo y se complementa la del protagonista.

Resulta importante la marcada diferenciación en cuanto a este punto en el trabajo de Bour (1977) en el que puede notarse que no existen etapas o fases que denoten alguna diferencia durante la sesión, simplemente los pacientes hacen asociaciones verbales espontáneas e

imprevisibles a propósito de cualquiera de los cuatro elementos y que el terapeuta en turno transcribe íntegramente. Al principio no existe otro tema que el mismo elemento que les une o el objeto que atrae el diálogo, pero, poco a poco el nivel de los intercambios en el grupo se eleva. Estos objetos propician en un comienzo de la sesión exclusivamente asociaciones verbales espontáneas que van subiendo de nivel hasta llegar a un tema que permita la integración de roles.

La integración de roles hace su aparición muy progresivamente dentro del grupo y comienza de forma también espontánea dependiendo del tema. El incremento de la vitalidad y la elevación del nivel de integración a través de roles se va cumpliendo casi insensiblemente y después con cierta velocidad hasta llegar al desarrollo de sesiones muy peculiares como por ejemplo, sobre temas cósmicos.

Los tiempos o momentos dentro de una sesión en el trabajo de Kononovich (1984) son: caldeamiento, dramatización y comentarios. Puede observarse la importancia de esta secuencia, así como la característica de este trabajo dentro de la dramatización. El autor señala que la escena dramática es el eje central de la sesión, por tal motivo, no existe sesión alguna sin dramatización. Dentro del trabajo con pacientes psicóticos, en general, el tiempo de la dramatización es significativamente más lento dada la fuerte tendencia a la disgregación, sin embargo, Kononovich (1984, p.13) señala: “el sector de los pacientes menos enfermos era tomado por el equipo como punto de partida al utilizar las escenas por ellos presentadas para centrar sobre estas escenas el trabajo; así, estos pacientes cumplían una función de apoyo y ofrecían un modelo de organización para los más enfermos”.

Ramírez (1987) expone a estas tres fases como la estructura esencial de una sesión psicodramática y señala que “la influencia dinámica y terapéutica del grupo se observa a lo largo de estas fases. 1) En el calentamiento, por su espontaneidad, para lograr la integración y cohesión del grupo. 2) En la actuación, fungiendo como yo-auxiliares y 3) En la participación, dando apoyo al protagonista al exponer sus llagas, traumas y penas personales. El autor (op. cit.) señala cuando se refiere a las fases del *psicodrama* que esta estructura es como el esqueleto que da unidad y dirección a la acción dramática.

Los diferentes momentos en una sesión psicodramática dentro del trabajo de Rosales (1990) también son tres: caldeamiento, dramatización y comentarios. La autora señala la importancia de las tres fases y en cuanto al caldeamiento señala que, como su nombre lo indica, sirve para “calentar”. Existe una diversidad de técnicas en las que la incorporación al trabajo puede hacerse de forma directa, es decir, sin demasiados preámbulos, a diferencia de la actividad psicodramática, en la que se hace necesario valerse de un caldeamiento, que sea, primero inespecífico y más tarde específico.

Otra etapa importante también para esta autora (op. cit.) es la dramatización. Y ella refiere que la importancia que se le ha otorgado a esta etapa recae en que mediante la aplicación de las técnicas, como herramientas auxiliares y en su adecuación a cada momento dramático, se permite develar y expresar fantasías y ansiedades del paciente que mediante la acción dramática se pueden concretizar, cosa esencial en el tratamiento con pacientes psicóticos por su bajo nivel de abstracción y simbolización que impide prescindir de estos elementos concretos. No existen

reglas fijas que delimiten lo que se debe dramatizar pero sí un momento adecuado para cada técnica, según el estado del grupo y su capacidad de insight.

La tercera y última etapa, la de comentarios; en esta etapa se deja de lado todo aquello que corresponde a la fantasía y el juego para dar paso, de manera prioritaria, a la palabra que durante el caldeamiento y la dramatización ha tenido que compartir su utilización con otras modalidades expresivas. Todos los pasos anteriores han sido necesarios para llegar a esta etapa en la que lo que se expresa también se hace en un clima de participación y apoyo para poder relacionar algo de lo jugado o actuado con una enseñanza práctica para la vida cotidiana, que ayude a establecer una conexión entre lo dramatizado y los conflictos.

También en el trabajo de Caram (1998, 2002) podemos ver la importancia de las fases de una sesión psicodramática. Son las que dan orden temporal a la sesión. Su secuencia nos lleva a través de la sesión; consiste en la preparación para la acción, actuar dentro del marco del “como si”, poner en palabras los sentimientos, emociones o recuerdos despertados por la acción.

Como se ha visto, a excepción del trabajo de Bour (1977), en todos los modelos revisados destacan las tres fases o etapas dentro de una sesión psicodramática. Sólo cabría señalar que en cada uno de ellos se nota la huella del autor con base a sus conocimientos y experiencia en el manejo de este tipo de pacientes.

3.8. Evaluación de la efectividad de los modelos.

En los diversos modelos revisados se encuentra una descripción de la utilidad del método psicodramático, haciendo de éste, una herramienta útil en el manejo del paciente esquizofrénico, como un medio para lograr una mayor integración de la personalidad; contra la sintomatología negativa favoreciendo formas distintas de expresión y comunicación; como un método que permite trabajar los conflictos relacionales; como una manera de favorecer el juicio de realidad, la conciencia de enfermedad, el apego terapéutico y farmacológico entre otros.

Sin embargo, considerando que uno de los aspectos importantes en cualquier método terapéutico sería evaluar su efectividad en términos estadísticos, se realizó una investigación con la finalidad de hallar estudios clínicos que registraran sus hallazgos.

Se llevó a cabo una búsqueda intensiva tanto en la base de datos del Centro Documental de la Facultad de Psicología, como del Instituto Nacional de Psiquiatría y en Internet, tratando de encontrar algún artículo que mostrara resultados de investigaciones que permitieran observar la pertinencia del *psicodrama* como un método de abordaje terapéutico en el manejo del paciente esquizofrénico. Sin embargo, no fue posible hallar trabajos serios de tipo estadístico, por lo que, dentro de la búsqueda en Internet, se logró contactar con algunos expertos en el trabajo psicodramático de la Asociación Española de Psicodrama, de la Escuela de Psicodrama y Sociometría en Cataluña, de la Asociación Argentina de Psicodrama y Psicoterapia de Grupo, y del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez” en la Ciudad de México, de los que se transcriben algunas de sus principales reflexiones (anexo 1).

Con respecto a la consulta que se hizo a los expertos preguntándoles si contaban con alguna información o trabajo publicado en cuanto a resultados estadísticos con este método, puede observarse en las respuestas la no existencia de este tipo de información.

El Dr. Ernesto Fonseca, Director de la Escuela de Psicodrama y Sociometría en Cataluña, contestó en esencia: “Que yo sepa, no existe ningún trabajo serio con resultados estadísticos...” (anexo 2).

Coincidentemente, el Dr. José Antonio Espina, Miembro y ExPresidente de la Asociación Española de Psicodrama y autor del libro “Psicodrama: Origen y Desarrollo”, que aparece en la bibliografía de este trabajo, respondió: “Me temo que trabajos estadísticos va a ser difícil que encuentres” (anexo 3).

De igual forma, el Psicólogo Amín Caram, del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez”, mencionó: “En psicodrama es difícil que encuentres ese tipo de información” (anexo 4).

Sin embargo, aún cuando no se cuenta con este tipo de información, se ha logrado analizar el empleo y los beneficios otorgados por el *psicodrama* a través de la literatura, los modelos revisados y la colaboración de expertos como el Dr. Espina quien señaló que: “... una afirmación a base de repetirla en distintos medios acaba por parecer cierta, por más que se sostenga ó no en números” (anexo 5).

Por otro lado, el Dr. Antonio Pintado, Presidente de la Asociación Española de Psicodrama, quien manifestó: "... Un placer intentar colaborar con usted, aunque no sé si mi ayuda podrá serle de utilidad para su objetivo" envió en archivos adjuntos, algunos de sus trabajos con psicóticos (anexo 6), así como el Dr. Jaime Rojas-Bermudez, Presidente Honorario de la Asociación Argentina de Sicodrama y Sicoterapia de Grupo, y principal introductor del *psicodrama* en América Latina, contestó: "Me alegra saber el tema de su tesis, sobre el cual he trabajado ... podría enviarle una copia de mi libro *Títeres y Sicodrama* ... que da una visión general sobre la gestación de mi concepto de objeto intermediario y su utilización con pacientes sicóticos" (anexo 7).

Trabajos importantes y valiosos de tipo descriptivo que confirman una vez más la NO existencia de reportes estadísticos pero corroboran todos ellos de forma concreta el beneficio terapéutico con el trabajo psicodramático en el manejo del síndrome esquizofrénico.

Sin embargo, nos preguntaríamos, ¿porqué si existen tantas pruebas de tipo descriptivo que dan fe de la utilidad del método psicodramático como una alternativa en el manejo del paciente esquizofrénico, no existen trabajos serios que confirmen la pertinencia de este método?.

Se consultó nuevamente a los expertos en cuanto a cuál era su opinión con relación a la NO existencia de este tipo de trabajos, a lo que el Dr. Espina respondió:

- 1.- **La Técnica.** *Su carácter espontáneo y no sistematizado, permite una gran flexibilidad, pero se aviene mal con los diseños estadísticos y numéricos*
- 2.- **El Esfuerzo.** *Sistematizar lo que se hace en psicodrama y reducirlo a una medición estadística supone más esfuerzo que realizar los grupos con esquizofrénicos.*
- 3.- **La Dificultad.** *De encontrar una medición adecuado a lo que se hace en el grupo y discrimine las diferencias*
- 4.- **El Éxito.** *Si uno describe el grupo y lo que ocurre dentro, fascina a la audiencia y alcanza un éxito fácil. Si lo reduce a números todos se van*
- 5.- **A pesar de que Moreno defendía el Homo numerus y lo que no sea tal no parece científico en muchos ambientes. Lo cierto es que una afirmación a base de repetirla en distintos medios acaba por parecer cierta, por más que se sostenga ó no en números. También lo es que los números nos dicen lo que tengamos habilidad para exponer, sólo que son una apariencia más clara de verdad. Estos últimos argumentos, valen para que las diferentes orientaciones psicoterapéuticas huyan de los números como de la peste. Lo cierto es que la mayoría de los trabajos sobre psicóticos son más descriptivos que estadísticos (anexo 8).**

Después de esta revisión se presentan las observaciones dentro de un *psicodrama* y un posible programa con este método en el manejo del paciente esquizofrénico como alternativa terapéutica.

Capítulo 4 OBSERVACIONES DENTRO DE UN PSICODRAMA Y SUS BENEFICIOS

A lo largo de uno de los capítulos anteriores, se ha destacado la idoneidad del método psicodramático en la asistencia hospitalaria a pacientes psicóticos, dejando constancia de su trayectoria, de tal forma que, se pretende la elaboración de un programa con este método en la aplicación a pacientes esquizofrénicos.

El término *psicodrama* fue realmente comprendido por mí durante los seis meses de mi Servicio Social en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez” en el servicio de Hospital de Día en “Fin de Semana”. En el que se cuenta con un modelo de atención integral ordenando en tres ejes las actividades del servicio: el individual, el familiar y el grupal. En el primer eje se enfatiza la consulta individual y la valoración continua del paciente; durante el segundo se trabaja en relación a un programa de orientación a familiares y, el tercero, comprende talleres de dibujo, grupos de orientación y atención terapéutica, psicoterapia de grupo y *psicodrama*.

Es en esta última actividad, la de *psicodrama*, en la que participé activamente durante este tiempo, en un inicio como observadora y más tarde como “yo-auxiliar”. La observadora sirve de ayuda al director observando lo que sucede en el grupo, estableciendo diagramas de la acción, la frecuencia de las intervenciones, el estilo de las participaciones, el análisis del contenido (temas principales del grupo), las resonancias afectivas, el proceso de interacción y las relaciones entre el director y el grupo. Las funciones del yo-auxiliar consisten como lo señala la técnica de Moreno (1978) en ocupar un lugar intermedio entre el director y el protagonista; ser un asistente terapéutico.

Como yo-auxiliar, se da vida al drama del protagonista. Se ocupa el lugar de personas, objetos o animales que forman parte del mundo real o imaginario del paciente. Su cometido es la representación más adecuadamente posible de las percepciones de los roles internos o de las figuras que dominan su mundo.

Una de las reglas existentes durante cada sesión es que el paciente elige a los yo-auxiliares que desempeñarán los roles importantes en su vida. Sin embargo, existen excepciones en las que el paciente trabaja con un yo-auxiliar determinado en un rol especial, elegido por el director.

Pero bien, no se pretende hablar nuevamente de las funciones del yo-auxiliar, sino de dar una semblanza de cuales fueron las actividades realizadas durante este período para así poder entrar de lleno a las experiencias vividas.

A lo largo de este tiempo se llevaron a cabo sesiones de *psicodrama* en cuatro grupos diferentes, con pacientes de tipo ambulatorio con un diagnóstico en su mayoría de esquizofrenia paranoide y esquizoafectiva. En este tipo de pacientes, se encuentra una gama de alteraciones características del síndrome esquizofrénico, que conllevan a que el paciente encuentre dificultades en su forma de comunicación, pobreza o nula conciencia de enfermedad, dificultad al apego terapéutico y farmacológico. Encontramos que el modo de comunicación principal es verbal, mostrando seria dificultad para la dramatización. Observamos retraimiento social y un distanciamiento emocional entre otras características.

De tal forma que, en dichas sesiones se observó que la actividad de *psicodrama* con estos pacientes, tiene un impacto favorable. Es sorprendente observar como algo que al principio parecía un simple juego, pudiera ser realmente terapéutico.

Se vieron resultados como: aumento de conciencia de enfermedad, disminución en la sintomatología, mayor apego terapéutico, reconocimiento entre síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia y, mejora de las relaciones interpersonales entre otros beneficios. Lo que anima al intento de un programa con este método psicodramático que permita ayudar a la rehabilitación del paciente esquizofrénico y pueda remover su reinserción social, familiar y de ser posible laboral.

4.1. Programa de *psicodrama*, para su aplicación a pacientes esquizofrénicos.

4.1.1. Metodología

Se presenta un trabajo de investigación motivado por mi participación en un grupo de *psicodrama* en un Hospital Psiquiátrico y que consta del análisis de la literatura contemporánea relacionada con el estudio de las particularidades y características de la aplicación del método psicodramático a pacientes psicóticos que permitirá sintetizar las similitudes y diferencias entre diversos modelos de abordaje para integrar las diversas aportaciones y establecer un programa de *psicodrama* con pacientes esquizofrénicos en un marco hospitalario.

4.1.2. Justificación

Las diversas disfunciones de tipo cognoscitivo y emocional que forman parte de la sintomatología característica del síndrome esquizofrénico conllevan cambios en la conducta que dificultan alcanzar el nivel de desarrollo social adecuado.

La agresividad, inhibición, aislamiento, pasividad e incomunicación son conflictos comunes que atañen a este tipo de pacientes por lo que se pretende con una terapia psicodramática, producir la posibilidad de cambiar roles sociales asumidos. Dadas las características del paciente esquizofrénico, se visualiza la necesidad de un apoyo psicoterapéutico tendiente a crear y ejercitar roles sociales.

4.1.3. Objetivo General:

Proporcionar un espacio grupal de tipo terapéutico en el que puedan ensayar respuestas nuevas a situaciones viejas en el ámbito individual, familiar y grupal; que a su vez les permita

posibilitar relaciones vinculares distintas, tendientes a modificar las establecidas y aprender nuevas conductas y nuevas formas de vincularse consigo mismo y con las personas que lo rodean, a través de situaciones dramatizadas, vivenciadas y analizadas por ellos mismos.

4.1.4. Objetivos específicos:

- 1.- Fomentar la integración grupal, la espontaneidad y la creatividad.
- 2.- Fortalecer la imagen de sí mismos y de su yo.
- 3.- Propiciar el establecimiento de vínculos sanos (tele) con los demás, a través de la modificación de roles.
- 4.- Facilitar el acceso a roles más sanos y más acordes con la realidad.
- 5.- Favorecer la búsqueda de nuevas formas de interrelacionarse, promoviendo con ello, un mejor manejo de las emociones.
- 6.- Promover el desarrollo de habilidades comunicativas y expresivas, en la búsqueda de un intercambio de ideas y afectos entre los miembros del grupo.

4.1.5. Encuadre.

- Contrato de trabajo a 20 sesiones en total, con una frecuencia de 1 sesión por semana, con una duración de hora y media.
- Coordinado por un director o terapeuta y dos yo-auxiliares (los yo-auxiliares del equipo terapéutico deberán contar “por lo menos” con un mínimo de entrenamiento).

4.1.6. Población.

- Grupo cerrado de 10 pacientes heterosexuales con una edad de entre 25 y 40 años y con un diagnóstico claro de esquizofrenia en cuyo cuadro clínico actual los síntomas positivos ya están siendo controlados por medio de un fármaco pero aún predominan los síntomas negativos; todo esto en un marco hospitalario ambulatorio.

4.2. Descripción de la técnica.

Se optará por una técnica psicoterapéutica grupal fundamentada en un encuadre teórico-técnico del *psicodrama* del Doctor Jacob Levi Moreno (1978). Siendo el *psicodrama* el marco referencial utilizado se trabaja con: tres contextos, cinco elementos y tres fases; y una diversidad de técnicas y recursos psicodramáticos.

A.- Contexto

1. Social (El contexto social corresponderá a la llamada realidad social del paciente, es decir, estará delimitado tanto por el medio socio-cultural como por el hospitalario).
2. Grupal (Este contexto corresponderá al grupo en sí; se hallará conformado tanto por el director, como por los yo-auxiliares y los pacientes en general; de sus interacciones y el producto de las mismas).
3. Psicodramático (Es en este contexto artificial y fantástico en el que el protagonista jugará sus roles en un constante “como si”. En el se jugarán roles, se interpretarán papeles, se interactuará de una manera particular, se podrán hacer y deshacer escenas, modificar sucesos, intercambiar personajes, traer cosas del pasado o del futuro y vivirlas en el –aquí y ahora-).

B.- Elementos

1. Protagonista (Será el paciente alrededor del cual se centre la dramatización. Es el emergente dramático grupal).
2. Director o terapeuta (Será el responsable de las sesiones psicodramáticas en sus diferentes aspectos. Se requiere de gran preparación como psicodramatista).
3. Yo-auxiliares (Serán los integrantes del equipo terapéutico con conocimientos psicológicos y “por lo menos” un mínimo de entrenamiento en el método psicodramático. Se requiere de profesionales, porque son las personas que colaboran con el Director en los grupos conformados por personas que no están en posibilidad de desempeñar en forma adecuada la parte de yo-auxiliar. Son intermediarios entre el Director y el paciente).
4. Audiencia (Corresponderá a la parte del grupo que no participa como protagonista).
5. Escenario (Espacio psicodramático en el que se lleva a cabo la escena).

C.- Etapas

1. Calentamiento (Corresponderá al conjunto de procedimientos utilizados en la preparación de los pacientes para entrar en acción. Se propone un calentamiento que parta de lo inespecífico a lo específico, orientándolo a fines y estrategias concretas).
2. Dramatización (Segunda etapa de la sesión, es la puesta en escena del material aportado por el protagonista).
3. Comentarios (Tercera y última etapa de cada sesión psicodramática. En ella la atención se centrará en la audiencia, solicitándole a sus miembros opiniones y comentarios referentes a lo dramatizado en sí, al protagonista y a ellos mismos. No se permitirá interpretaciones ni el análisis de lo dramatizado).

D.- Técnicas y Recursos Psicodramáticos

Únicamente se sugiere el empleo de algunos recursos y técnicas (véase recuadro en p. 172), cada Director deberá adaptarlas a su personalidad y finalidades pretendidas, a los fines de cada sesión y fase (calentamiento, dramatización y comentarios); integrar al grupo, promover la espontaneidad y creatividad de sus componentes, percibir la problemática de cada uno, trabajarla, encontrar una mejor solución... etc.).

Se realizará la primer fase de cada sesión con un calentamiento que parta de lo inespecífico a lo específico, orientándolo a fines y estrategias concretas, independientemente del rumbo que tome cada sesión. De esta primera fase –el calentamiento- emergerá el protagonista, el cual, accederá al contexto dramático y solicitará ayuda, si lo considera necesario, a sus compañeros o a uno de los yo-auxiliares del grupo terapéutico para cubrir los roles de su juego dramático.

Finalizada cada fase de dramatización, el Director cerrará, aproximando almohadones que se encuentren en el escenario, conformando un círculo. Culminará la sesión diaria, con la fase de – comentarios- en la cual se realizarán comentarios de lo dramatizado, no se permitirá ningún tipo de análisis, ni opiniones, ni sugerencias.

Bajo estas características, se sugieren algunos temas y planteamientos básicos que deberán seguir las sesiones, independientemente del rumbo que éstas tomen. Se presenta un cuadro que sugiere una estructura en el desarrollo de las sesiones, sin embargo, será el grupo y sólo el grupo quien determine los tiempos y las formas de abordar cada uno de ellos.

D.- Etica de desempeño

- Al inicio de la tarea específica se explicitarán las consignas generales, hasta que estas sean internalizadas por los pacientes.
 - Se respetarán límites dentro de cada contexto.
 - Se respetarán a los miembros del grupo.
 - Se respetarán los roles del Director y los Yo-auxiliares.
 - No se actuará la agresividad sobre las personas (sí, sobre almohadones).

4.3. Programa.

SESION	TEMA	TÉCNICAS Y RECURSOS	OBJETIVO
1 a 5	ENCUADRE Y APERTURA	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación de sí mismos. - Sociodrama en acción. - Participación verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Información clara y precisa de las expectativas, objetivos y propósitos del grupo terapéutico. - Señalamiento de las reglas, límites ... etc., de las sesiones psicodramáticas. - Presentación del grupo en forma individualizada.
	INTEGRACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de esculturas. - Soliloquios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento individual y grupal que permita el establecimiento de un contacto interpersonal y la aceptación de la presencia del otro. - Exploración y conocimiento del espacio, del sí mismo y del otro.
	IMAGEN DE SI MISMO	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica del espejo 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento de las diferentes partes del cuerpo. - Aceptación de la existencia de su cuerpo como parte de sí mismo. - Aceptación de sentimientos y pensamientos, tanto propios como ajenos. - Autoaceptación (distinguir y evaluar las características positivas y negativas de la propia personalidad).
6 a la 10	INTERACCION Y COHESIÓN GRUPAL	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación por un miembro del grupo. - Sociodrama en acción. 	<ul style="list-style-type: none"> - Actuar de forma libre ante diversas situaciones; capacidad para el contacto. - Concientizar a nivel individual y grupal las respuestas impulsivas y las estereotipadas que se toman ante situaciones ficticias muy específicas.
	ESPONTANEIDAD Y CREATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Esculturas. - Danza. - Personificación. - Presentación no verbal (pantomima, gestos, sonidos). 	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo del espacio psicodramático. - Conocer la espontaneidad o rigidez del grupo. - Promover la espontaneidad y creatividad del grupo. - Actuaciones abiertas y espontáneas sin adherirse a estereotipos. - Desarrollar la creatividad; dar un sentido a la experiencia y encontrar una mejor solución a alguna conflictiva vivida.
	ATOMO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de esculturas. - Elaboración dramática del átomo social del protagonista. - Dramatización. - Escenificaciones estructuradas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se pretende el trabajo de situaciones familiares que permitan observar el tipo de relaciones vinculares del paciente.
	MANEJO DE CIRCUNSTANCIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Monodrama. - Cambio de roles. - Apartes. - Realidad surplus. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso y establecimiento de vínculos más sanos y más acordes con la realidad.
11 a la 19	LOS SENTIMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación por expresiones emocionales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover el desarrollo de habilidades comunicativas y expresivas. - Intercambio de ideas y afectos.
	ARMANDO ESCENAS	<ul style="list-style-type: none"> - Actuación de fantasías libres, dirigidas o alucinaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al enfermo mental a tomar conciencia de aspectos oscuros o inconscientes de su personalidad.
	DESCUBRIENDO EL ALMA	<ul style="list-style-type: none"> - Monodrama. - Modelación de respuestas. 	<ul style="list-style-type: none"> - A estas alturas el paciente será capaz de dramatizar su problemática intrapsíquica, trabajar con ella y buscar las mejores respuestas o alternativas.
20	CLAUSURA	<ul style="list-style-type: none"> - Soliloquio. - Proyección del futuro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Despedida individual con respecto al grupo.

CONCLUSIONES:

Las conclusiones a las que se ha llegado a través de la investigación son:

* El tratamiento único con fármacos no es suficiente para conseguir la recuperación de los afectados por esquizofrenia. Por lo que se concluye, que la complementación de las medidas farmacológicas con distintas formas de actuación psicoterapéutica –individual, familiar y grupal- refuerzan el tratamiento de la enfermedad, mejorando significativamente los resultados en los pacientes.

* Son muchas las modalidades psicoterapéuticas que intentan comprender y aliviar el padecimiento humano. Todas ellas constituyen perspectivas que focalizan aspectos del psiquismo humano, organizando el conocimiento en estructuras teóricas que a su vez determinan diferentes modalidades clínicas. Sin embargo, la mayoría de los abordajes psicoterapéuticos privilegian la palabra, el lenguaje verbal, perdiendo el anclaje en el cuerpo, dejando en un segundo plano, la expresión de lo corporal y todo lo que ella comunica, olvidando que la acción favorece cambios en la expresión de las emociones, el pensamiento y el comportamiento. El psicodrama es un método integral que toma en cuenta al ser humano en su totalidad; cuerpo, mente y emociones, por lo que se concluye que este se muestra útil como una vía de abordaje en el sufrimiento del paciente esquizofrénico.

* Dentro del abordaje grupal, el método psicodramático se muestra como una alternativa terapéutica en el manejo del paciente psicótico; que ha sido utilizado desde hace algunos años en diversas partes del mundo, bajo diferentes marcos socio-culturales y una diversidad de encuadres

y métodos, que han sido justificados por sus objetivos y se han adecuado a las condiciones del paciente. Aspectos que pueden concluirse a través de la revisión minuciosa a los diversos modelos que se presentan.

* Se hecha de ver que el psicodrama ha tenido su inclusión en los hospitales psiquiátricos a través de múltiples experiencias tanto con pacientes hospitalizados como de manejo ambulatorio, y que refieren favorables resultados. Trabajo que se suma a una diversidad de abordajes terapéuticos como son: terapia individual, familiar y grupal, y programas psicoeducativos para pacientes y familiares. Por lo que, se puede concluir que el psicodrama aplicado en el tratamiento de la esquizofrenia se muestra útil en el contexto hospitalario y de manera muy especial si se desarrolla en un marco asistencial en donde el trabajo con este método se conjunte con otras modalidades de intervención, tendientes a lograr un objetivo terapéutico homogéneo.

* La esquizofrenia es una enfermedad seria que implica dificultad en las relaciones interpersonales. El psicodrama, se muestra como una terapia útil para trabajar las relaciones interpersonales que aparecen en la convivencia diaria de los pacientes; entre ellos y con el equipo terapéutico. De igual forma, los conflictos relacionales vividos dentro del contexto familiar también pueden ser abordados con éxito en el espacio psicodramático ayudando a integrar el proceso terapéutico en la vida cotidiana de este tipo de pacientes; aspecto significativo en los programas terapéuticos que se llevan a cabo mediante hospitalización a tiempo parcial.

* Se observa que el paciente esquizofrénico se caracteriza también por un bajo nivel de comunicación, por un aislamiento emocional y por falta de espontaneidad y creatividad, con lo que se concluye gracias a la experiencia con el trabajo psicodramático que esta es una actividad que desarrolla la espontaneidad, creatividad e iniciativa del paciente esquizofrénico; estimula la participación grupal e incrementa la cohesión y solidaridad entre todos, así como, también estimula la cooperación y comprensión entre sus integrantes y les permite aceptar las diferencias físicas observadas entre ellos, así como una identificación con la parte enferma promoviéndose una conciencia de enfermedad.

* Se concluye que el psicodrama brinda un espacio que permite conocer la conflictiva familiar en que se desenvuelve el paciente, lo que influye de manera determinante sobre la evolución de su enfermedad. Espacio que permite modificar patrones de conducta alterados en los pacientes, favorecer la adopción de roles más sanos rompiendo con estereotipias y rigideces tan comunes en el paciente esquizofrénico, concientizarlo de su circunstancia y posibilitarlo de una mejor participación en su ambiente.

* La problemática intrapsíquica individual no generada en las relaciones actuales del paciente, puede ser también incluida en los objetivos terapéuticos y tratada como escenificación que ilustre formas de defensa y sus repercusiones en el mantenimiento de la vida mental; lo que puede observarse a través de los modelos se observa beneficioso para el paciente y el grupo. El psicodrama, en este sentido, configura un peculiar encuadre terapéutico en que es posible trabajar aspectos individuales en un contexto grupal.

* Por último, se encuentra que en el psicodrama como un modelo de abordaje psicoterapéutico de tipo grupal, intervienen múltiples factores terapéuticos. Entre ellos, se encuentran los siguientes: aceptación (sensación de pertenecer al grupo y de ser valorado por los otros miembros), universalidad (el paciente descubre en el grupo que no es el único con tales problemas, que no está solo en el mundo), altruismo (el paciente descubre que puede ayudar a los demás miembros del grupo), inculcación de esperanza (el paciente adquiere un sentimiento de optimismo sobre las posibilidades de aprovechar el tratamiento grupal), aprendizaje (el paciente se beneficia observando la experiencia terapéutica de los demás miembros del grupo: aprendizaje como espectador, identificación), autocomprensión (el paciente aprende algo importante sobre sí mismo con el espejo, de la dramatización), aprendizaje en la interacción personal (el paciente aprende de sus intentos de relacionarse dentro del grupo), autorevelación (el paciente revela una información altamente personal al grupo y de esta manera “se quita un peso de encima”) y catarsis (el paciente suelta intensos sentimientos, lo que le produce una sensación de alivio). Con base a todo lo anterior, podría decirse que el psicodrama parece una terapia psicológica adecuada para el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos. En otras palabras, el psicodrama puede ser una de las formas en que se concrete la necesaria atención psicosocial que los pacientes esquizofrénicos precisan para poder lograr una reinserción a nivel social, familiar y de ser posible laboral.

* Con la realización de esta tesina se pretende despertar el interés en próximas generaciones para la realización de estudios de investigación de tipo estadístico aún con las dificultades que puedan presentarse según lo señalan hasta el momento algunos expertos, ya que, la única limitante señalada por algunos profesionales clínicos en la realización de esta tesina es la

falta de trabajos serios que corroboren la pertinencia del método psicodramático en el manejo del paciente esquizofrénico. De igual manera se pretende cada vez más concienciar al profesional clínico de la necesidad de ampliar el ámbito terapéutico en beneficio del paciente esquizofrénico, población ya de por sí poco beneficiada.

BIBLIOGRAFIA

- Ancelin, S. (1966) Introducción al Psicodrama Madrid: Aguilar.
- American Psychiatric Association. (1996). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4a. ed.) Washington, DC, EE.: Autor.
- Arieti, S. (1965) Interpretación de la Esquizofrenia Barcelona: Labor, S.A.
- Bello, M. (2000) Introducción al Psicodrama. Guía para leer a Moreno. México:Ed. Colibrí y Escuela Mexicana de Psicodrama y Sociometría.
- Blatner, H. (1986) Psicodrama: Cómo utilizarlo y dirigirlo México: Pax-México.
- Bour, P. (1977) El Psicodrama y la Vida Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bustos, D. (1975) Psicoterapia Psicodramática Buenos Aires: Paidós.
- Caram, F. (1998) Sociopsicodrama con pacientes psicóticos México: Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" (material de circulación restringida).
- Caram, F. (2002) Postulados sobre el trabajo psicodramático con el paciente psicótico México: Escuela Mexicana de Psicodrama y Sociometría (material de circulación restringida).
- Crowcroft, A. (1971) La Locura Madrid: Alianza Editores.
- Espina, B. (1995) Psicodrama: Nacimiento y desarrollo Salamanca: Amarú Ediciones.
- Freedman, Kaplan y Sadock. (1980) Compendio de psiquiatría Barcelona: Salvat Editores.
- Garnica, R. (1998) Esquizofrenia México: Piensa.
- Greenberg, A. (1977) Fundamentos y Normas del Psicodrama Buenos Aires: Paidós
- Heuyer, G. (1978) La Esquizofrenia Barcelona: Planeta.
- Kononovich, B. (1984) Psicodrama Comunitario con Psicóticos Buenos Aires: Amorrortu .
- Minkowski, E. (1989) La Esquizofrenia México: Paidós.

- Molinero, R. y Mason, S. (1999, otoño). Interventions of Phase-Specific Psychosocial for Schizophrenia of the First-Episode. The Menninger Clinic. 63, (4), 499-520.
- Moreno, J.L. (1978) Psicodrama Buenos Aires: Hormé.
- Moreno, J.L. (1975) Psicoterapia de Grupo y Psicodrama México: Fondo de Cultura Económica.
- Moreno, J.L. (1972) Fundamentos de la Sociometría Buenos Aires: Paidós.
- Moreno, J.L. (1995) El Psicodrama. Terapia de acción y principio de su práctica. Buenos Aires: Hormé
- Ojeda, O. (2000) Manual de Procedimientos México: Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" (material de circulación restringida).
- Ramírez, J.A. (1987) Psicodrama. Teoría y Práctica México: Diana.
- Rojas, B. (1970) Títeres y Psicodrama Buenos Aires: Genitor
- Rosales, C. (1990) La comprensión del Psicótico a través del Psicodrama Barcelona: Gedisa, S.A.
- Torres, M. (1999) Psicodrama clínico primer nivel para pacientes esquizofrénicos México: Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" (material de circulación restringida).

ANEXOS

Anexo 1

Mensaje

Página 1 de 1

Miriam Hoyos Mercado

Asunto: RV: Consulta sobre psicodrama en esquizofrénicos

Importancia: Alta

-----Mensaje original-----

De: Miriam Hoyos Mercado

Enviado el: Viernes, 23 de Enero de 2004 17:50 p.m.

Para: rojasbermdez@netscape.net; toninpan@yahoo.es;

gupi@telefonica.net

Asunto: Consulta sobre psicodrama en esquizofrénicos

Importancia: Alta

Estimado Dr. Jaime Rojas-Bermudez,
Dr. Antonio Pintado Calvo,
Dr. José Antonio Espina Barrio.

Mi nombre es Miryam Hoyos, y radico en la Cd. de México. Estoy a punto de presentar mi examen profesional para obtener la Licenciatura en Psicología, con un trabajo titulado "El Psicodrama como alternativa terapéutica en pacientes esquizofrénicos". He realizado una investigación exhaustiva sobre reportes estadísticos (porcentajes, gráficos, etc) de estudios clínicos (revistas, artículos) que comprueben la pertinencia de este método en el abordaje del paciente psicótico (esquizofrénico). Información que no me ha sido posible encontrar. Tal fue mi desesperación que acudí a un correo que encontré en Internet y tuve la gran fortuna de toparme con el Dr. Ernesto Fonseca, a quien agradezco la ayuda proporcionada y quien me indicó podría acudir a ustedes para solicitar su valiosa colaboración. Es para mí muy importante poder lograr este sueño y agradezco de antemano la ayuda que puedan proporcionarme.

Muchas gracias por sus finas atenciones.

Miryam Hoyos

09/03/2004

Anexo 2

Mensaje

Página 1 de 1

Miriam Hoyos Mercado

De: ESCOLA de SICODRAMA [escolasicodrama@terra.es]

Enviado: Viernes, 23 de Enero de 2004 10:03 a.m

Para: Miriam Hoyos Mercado

Asunto: Respuesta a psicóticos

Aprecida Miriam:

Que yo sepa, no existe ningún trabajo serio con resultados estadísticos, le hago llegar este trabajo que yo publiqué en su momento. Le aconsejo ponerse en contacto con tres personas que le pueden aportar algo más:

* Mi maestro, Prof. Dr. Jaime Rojas-Bermúdez: rojasbermdez@netscape.net

* Mis amigos médico psiquiatras y psicodramatistas de la Asociación Española de Psicodrama: (AEP)

* Dr. Antonio Pintado Calvo, actual Presidente de la AEP: toninpan@yahoo.es

* Dr. José Antonio Espina Barrio: gupi@telefonica.net

Espero haberte sido útil, un fuerte abrazo

Ernesto Fonseca

Director de l'Escola de Psicodrama i Sociometria de Catalunya (ESCAT)

30:01:2004

Anexo 3

Mensaje

Página 1 de 1

Miriam Hoyos Mercado

De: José Antonio (gupi@telefonica.net)

Enviado: Sábado, 24 de Enero de 2004 11:10 a.m.

Para: Miryam Hoyos Mercado

Asunto: RE: Consulta sobre psicodrama en esquizofrénicos ...

No tengo muy actualizada la información que solicitas, remito un artículo mío que puedes ampliar con la bibliografía existente en mi libro *Psicodrama: Origen y Desarrollo*, Salamanca, Amarú, 1995. Me temo que trabajos estadísticos va a ser muy difícil que encuentres.

Un abrazo

José Antonio Espina

09/03/2004

Anexo 4

Miriam Hoyos Mercado

Asunto: RV: Consulta...

-----Mensaje original-----

De: Amin Caram Fuentes [mailto:amincaram@hotmail.com]
Enviado el: Sábado, 31 de Enero de 2004 10:41 a.m.
Para: Miriam Hoyos Mercado
Asunto: RE: Consulta...

Miriam:

En psicodrama es difícil que encuentres ese tipo de información.

Saludos: Amin.

>

>Únete al mayor servicio mundial de correo electrónico:
><http://www.hotmail.com>

MSN. Más Útil Cada Día <http://www.msn.es/intmap>

Miriam Hoyos Mercado**De:** Jose Antonio [gupi@telefonica.net]**Enviado:** Jueves, 05 de Febrero de 2004 04:14 p.m.**Para:** Miriam Hoyos Mercado**CC:** ALVAREZ ARIAS MARIANGELES; ASOCIACION ESPAÑOLA PSICODRAMA; BURMEISTER JORG; PINTADO ANTONIO**Asunto:** RE: RESPUESTA A SU CONSULTA

Estima Miriam:

Contesto a su pregunta:

¿Por qué no se han realizado trabajos de investigación estadísticos que permitan comprobar la pertinencia del método psicodramático en el manejo del paciente esquizofrénico?

- 1- **La Técnica.** Su carácter espontáneo y no sistematizado, permite una gran flexibilidad, pero se aviene mal con los diseños estadísticos y numéricos. Aún así el Modelado Cognitivo Conductual es un psicodrama acartonado y se han hecho miles de trabajos al respecto.
- 2- **El Esfuerzo.** Sistematizar lo que se hace en psicodrama y reducirlo a una medición estadística supone más esfuerzo que realizar los grupos con esquizofrénicos.
- 3- **La Dificultad.** De encontrar una medición adecuada a lo que se hace en el grupo y discrimine las diferencias. Un Test de Personalidad no lo es. Tal vez las actividades de la vida diaria y los tests sociométricos sean la mejor vía
- 4- **El Éxito.** Si uno describe el grupo y lo que ocurre dentro, fascina a la audiencia y alcanza un éxito fácil. Si lo reduce a números todos se van. En un Congreso presenté mi tesis doctoral que informatizaba la sociometría, para comparar la evolución en las elecciones entre grupos terapéuticos y de formación, que son muy parecidas, acudieron 2 profesores de la Universidad de Barcelona. Al lado había 50 personas en un Taller de Teatro espontáneo que no me dejaban explicar, por el ruido de los aplausos y las risas. Mi taller no motivó de la misma manera.
- 5- **A pesar de que Moreno defendía el *Homo numerus*** y lo que no sea tal no parece científico en muchos ambientes. Lo cierto es que una afirmación a base de repetirla en distintos medios acaba por parecer cierta, por más que se sostenga ó no en números. También lo es que los números nos dicen lo que tengamos habilidad para exponer, sólo que son una apariencia más clara de verdad. Estos últimos argumentos, valen para que las diferentes orientaciones psicoterapéuticas huyan de los números como de la peste. Lo cierto es que la mayoría de los trabajos sobre psicóticos son más descriptivos que estadísticos.

Creo que he contestado a la pregunta, a la que añado 3 citas bibliográficas:

- Espina Barrio José Antonio Psicodrama: Origen y Desarrollo, Salamanca, Amarú, 1995. Donde encontrará bibliografía hasta el 1992
- PADILLA PEREZ JUAN Bibliografía del psicodrama, Madrid, Fundamentos, 1999. Adjunto las referencias sobre esquizofrenia y psicoticismo. El libro se podrá comprar en librerías o al autor: c/ Padre Ramos Torres,, Portal, 1. . 2º A 41700 DOS HERMANAS (Sevilla) (España), Tfno: 34 955677340
- David A. Kipper and Timothy D. Ritchie The Effectiveness of Psychodramatic Techniques: A Meta-Analysis, Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 2003, Vol. 7, No. 1, 13-25 Adjunto el trabajo que me remitió mi amigo y colega Carlos Mirapeix

Atentamente

José Antonio Espina Barrio

Adjunto esta contestación a La Hoja de Psicodrama, por si consideran de utilidad su difusión.

De: Miriam Hoyos Mercado [mailto:mhoyosm@profeco.gob.mx]**Enviado el:** lunes, 02 de febrero de 2004 18:09**Para:** gupi@telefonica.net

06/02/2004

Miriam Hoyos Mercado

De: Antonio Pintado [toninpan@yahoo.es]

Enviado: Domingo, 25 de Enero de 2004 06:48 a.m.

Para: Miriam Hoyos Mercado

Asunto: Re: Consulta_sobre_psicodrama_en_esquizofrénicos...

Estimada Miriam: Un placer intentar colaborar con usted, aunque no sé si realmente mi ayuda podrá serle de utilidad para su objetivo.

Le envío un currículum en el que vienen una serie de trabajos míos y/o con colaboradores. De ellos, son "directos" de trabajo con esquizofrénicos y/o psicóticos crónicos, con Psicodrama, el 1º, 2º, 3º, 4º y 5º (es el mismo, fue una errata), 8º y 25º. Son de trabajo directo con esquizofrénicos o "teorizando sobre ellos", pero no directamente con Psicodrama, el 15º, 16º, 21º y 23º.

No consta en la relación, pero es el que presenté en Mayo 2003 en Buenos Aires, en el IV Congreso Iberoamericano de Psicodrama; es el último y más crítico; se lo adjunto íntegro en otro archivo; aparecerá en la publicación que ya ultimaron en Argentina. Se titula: "Claroscuros en la aplicación del Psicodrama en personas con Esquizofrenia".

También le sugeriría, que se pusiera en contacto en Brasil con José Fonseca Filho y con Luis M Altenfender Silva Filho y, en México, con Amín Caram Fuentes.

Encantado. Saludos cordiales.

Antonio Pintado Calvo.

(Presidente de la Asociación Española de Psicodrama)

Miriam Hoyos Mercado <mhoyosm@profeca.gob.mx> wrote:

Anexo 7

Miriam Hoyos Mercado

De: Jaime Rojas-Bermúdez [RojasBermdez@netscape.net]
Enviado: Martes, 27 de Enero de 2004 06:51 a.m.
Para: Miriam Hoyos Mercado
Asunto: Re: Consulta sobre psicodrama en esquizofrénicos...

Estimada Miriam Hoyos Mercado:
Me alegra saber del tema de su tesis, sobre el cual he trabajado años atrás. En relación a lo que necesita, podría enviarle una copia de mi libro Titeres y Sicodrama / Puppets and Psychodrama, agotado, y que da una visión general sobre la gestación de mi concepto de objeto intermediario y su utilización con pacientes sicóticos. Para ello, puede facilitarnos su dirección postal. Cordialmente,

Jaime Rojas-Bermúdez. mhoyosm@profeco.gob.mx

wrote:
>
>

Miriam Hoyos Mercado

De: Jose Antonio [gupi@telefonica.net]

Enviado: Jueves, 05 de Febrero de 2004 04:14 p.m.

Para: Miriam Hoyos Mercado

CC: ALVAREZ ARIAS MARIANGELES; ASOCIACION ESPAÑOLA PSICODRAMA; BURMEISTER JORG; PINTADO ANTONIO

Asunto: RE: RESPUESTA A SU CONSULTA

Estima Miriam:

Contesto a su pregunta:

¿Por qué no se han realizado trabajos de investigación estadísticos que permitan comprobar la pertinencia del método psicodramático en el manejo del paciente esquizofrénico?

- 1- **La Técnica.** Su carácter espontáneo y no sistematizado, permite una gran flexibilidad, pero se aviene mal con los diseños estadísticos y numéricos. Aún así el Modelado Cognitivo Conductual es un psicodrama acartonado y se han hecho miles de trabajos al respecto.
- 2- **El Esfuerzo.** Sistematizar lo que se hace en psicodrama y reducirlo a una medición estadística supone más esfuerzo que realizar los grupos con esquizofrénicos.
- 3- **La Dificultad.** De encontrar una medición adecuada a lo que se hace en el grupo y discrimine las diferencias. Un Test de Personalidad no lo es. Tal vez las actividades de la vida diaria y los tests sociométricos sean la mejor vía
- 4- **El Éxito.** Si uno describe el grupo y lo que ocurre dentro, fascina a la audiencia y alcanza un éxito fácil. Si lo reduce a números todos se van. En un Congreso presenté mi tesis doctoral que informatizaba la sociometría, para comparar la evolución en las elecciones entre grupos terapéuticos y de formación, que son muy parecidas, acudieron 2 profesores de la Universidad de Barcelona. Al lado había 50 personas en un Taller de Teatro espontáneo que no me dejaban explicar, por el ruido de los aplausos y las risas. Mi taller no motivó de la misma manera.
- 5- **A pesar de que Moreno defendía el *Homo numerus*** y lo que no sea tal no parece científico en muchos ambientes. Lo cierto es que una afirmación a base de repetirla en distintos medios acaba por parecer cierta, por más que se sostenga ó no en números. También lo es que los números nos dicen lo que tenemos habilidad para exponer, sólo que son una apariencia más clara de verdad. Estos últimos argumentos, valen para que las diferentes orientaciones psicoterapéuticas huyan de los números como de la peste. Lo cierto es que la mayoría de los trabajos sobre psicóticos son más descriptivos que estadísticos.

Creo que he contestado a la pregunta, a la que añado 3 citas bibliográficas:

- Espina Barrio José Antonio Psicodrama: Origen y Desarrollo, Salamanca, Amarú, 1995. Donde encontrará bibliografía hasta el 1992
- PADILLA PEREZ JUAN Bibliografía del psicodrama, Madrid, Fundamentos, 1999, Adjunto las referencias sobre esquizofrenia y psicoticismo. El libro se podrá comprar en librerías o al autor: c/ Padre Ramos Torres,, Portal, 1, . 2º A 41700 DOS HERMANAS (Sevilla) (España), Tfno: 34 955677340
- David A. Kipper and Timothy D. Ritchie The Effectiveness of Psychodramatic Techniques: A Meta-Analysis, Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 2003, Vol. 7, No. 1, 13-25 Adjunto el trabajo que me remitió mi amigo y colega Carlos Mirapeix

Atentamente
José Antonio Espina Barrio

Adjunto esta contestación a La Hoja de Psicodrama, por si consideran de utilidad su difusión.

De: Miriam Hoyos Mercado [mailto:mhoyosm@profeco.gob.mx]

Enviado el: lunes, 02 de febrero de 2004 18:09

Para: gupi@telefonica.net

06/02/2004