

Vínculos

TERCERA ETAPA Nº 5 - FEBRERO 2016

ISSN 2171-6676

REVISTA DE
PSICODRAMA,
TERAPIA FAMILIAR
Y OTRAS
TÉCNICAS GRUPALES



Vínculos

ITGP

Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama



EDICIÓN

ITGP (Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama)

DIRECTOR

Pablo Población Knappe

COORDINACIÓN

Laura García Galeán

Miguel Buzeta Juanicorena

Mónica González Díaz de la Campa

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Mónica González Díaz de la Campa

Índice

- 3 Editorial
- 4 Normas de publicación

Artículos

- 5 Despedida a Moyses Aguiar
Elisa López Barberá, José Antonio Espina Barrio
- 8 EL PSICODRAMA DE LOS CUENTOS DE HADAS:
Una Fuente de Creación de Sueños
Irene Henche Zabala
- 29 EL VALLE DEL ASOMBRO: Unas Vistas Renovadas
del Protagonista y del Director
Jose Antonio Espina Barrio
- 44 TERAPIA GRUPAL SISTÉMICA.
Una propuesta para mujeres diagnosticadas de
distimia en un centro de salud mental:
EVALUACIÓN DE RESULTADOS
Juan García-Haro y Rebeca Costa Trigo

Una experiencia en psicodrama

- 66 DEL INTORNO A LA ESPECIE HUMANA:
El camino del individuo hasta las grandes masas
Héctor Valiente Romerales

Voces nuevas

- 76 APLICACIÓN EN ÁMBITO DOMICILIARIO Y
COMUNITARIO de atención a familias de usuarios
del EASC de Colmenar Viejo
Andrea Montuori

Obra gráfica, Poemas y Cuentos

- 92 Relato "RECETAS DE REPOSTERIA"
Antonio Martínez

De Interés

- 95 Libro "FANTASMAS DE NUESTRA GUERRA"
Goyo Armañanzas Ros

Queridos lectores,

Iniciamos este nuevo número de Vínculos despidiéndonos de Moyses Aguiar, quien, desde un vivir psicodramático, nos ha dejado una extensa herencia a todos aquellos que nos dedicamos al mundo de la psicoterapia y especialmente del psicodrama, y como no, a todos los hijos del teatro espontáneo.

El resto de recorrido de este número pasa por el lenguaje poético y simbólico con el que José Antonio Espina nos habla del protagonista y del director psicodramático; por la sugerente visión de Irene Henche en relación al psicodrama de los cuentos de hadas. O la evaluación de resultados de una propuesta de psicoterapia grupal sistémica para mujeres con distimia.

También, recogemos sugerencias novedosas en los procesos de intervención como la que nos ofrece Andrea Montuori en relación a la intervención en el ámbito domiciliario, o el trabajo de Héctor Valiente en el que trata de dar más luz sobre el efecto que tienen las fuerzas del intorino en decisiones individuales y en masa.

Por último, y desde el compromiso de dedicar una parte de esta revista a cuentos y grafos, contamos con la aportación que nos hace una de las personas que han participado del espacio de psicoterapia breve que se lleva realizando en el ITGP desde hace más de 10 años.

Queridos lectores, esperamos que disfrutéis con este nuevo número y os invitamos a que sigamos construyéndola conjuntamente.

El equipo editorial

Normas para la publicación de artículos

Los trabajos se enviarán por correo electrónico a itgp@itgp.org incluyendo los siguientes datos:

Nombre y apellidos

Teléfono de contacto

Correo electrónico

Dirección

Breve reseña curricular

El Consejo Editorial de VINCULOS revisará todos los trabajos recibidos, con el fin de seleccionar aquellos textos que cuenten con el interés y rigor suficientes para ser incluidos en la publicación. No obstante, Vinculos no se hace responsable del contenido de los trabajos publicados.

El Consejo Editorial de VINCULOS contestará por correo electrónico, confirmando la aceptación o no de los trabajos recibidos, o indicando las sugerencias de edición oportunas.

REQUISITOS DE FORMATO

Los trabajos deberán tener una extensión mínima de 4 folios y máxima de 12.

Tipo de letra Times New Roman 12. Espaciado simple.

Si el artículo incluyera imágenes, éstas deben adjuntarse en formato de imagen (jpg, png,...)

El cuerpo del artículo debe contener al menos los siguientes apartados:

1. Breve resumen, sobre el contenido del artículo.
2. Palabras clave.
3. Desarrollo del artículo.
4. Bibliografía.

Esperamos su colaboración.



Despedida de Moyses Aguiar

Homenaje a Moyses Aguiar (fallecido el 14 de noviembre de 2015), creador del Teatro Debate y uno de los grandes referentes del Psicodrama y del Teatro Espontáneo.

Despedida de
Moyes Aguiar



ELISA LÓPEZ BARBERÁ

Psicóloga Clínica. Directora Psicodramática

Miembro de la Asociación Española de Psicodrama (A.E.P).

Codirectora del Instituto de técnicas de grupo y psicodrama.(I.T.G.P)

www.itgp.org | itgp@itgp.org

JOSE ANTONIO ESPINA BARRIO

M.D. Psiquiatra, Supervisor de Psicodrama

Miembro de la Asociación Española de Psicodrama (A.E.P).

<https://www.joseaespina.es>

MOYSES AGUIAR

Escribir acerca de Moyses Aguiar, es hacerlo de uno de los referentes del mundo psicodramático.

Su enriquecimiento al teatro espontaneo manteniendounreconocimientoalas ideas originales del teatro de la espontaneidad de Moreno, a la vez que recreando su propia manera de ver y hacer, ha contribuido a reforzar la profundidad conceptual y el alcance terapéutico del teatro espontaneo y a revalorizarlo en el universo psicodramático

Mi primera toma contacto con Moyses Aguiar fue en 1996 a través de la lectura de su artículo “Teatro espontaneo e Psicoterapia Psicodramática”, publicado en la Revista de la Febrap. Me impacto su claridad, esa que solo se puede transmitir cuando existe un soporte de experiencia, profundidad reflexiva y una dosis transgresora de desafío a lo arraigado, implícita en la creatividad. Su obra “Teatro Espontáneo y psicodrama” publicada en 1998 fue el catalizador de su trayectoria en este campo. Continúa siendo un texto innovador, totalmente vigente e indispensable para contactar y/o adentrarse en el teatro espontaneo. Y me atrevo a afirmar que se encuentra dentro de las obras indispensables a conocer por los psicodramatistas, hagamos o no teatro espontaneo.

Le vi trabajar en dos ocasiones. La primera en 1997 cuando le conocí personalmente en el primer congreso iberoamericano de psicodrama celebrado en Salamanca, del que fui coordinadora. Posteriormente en 1999 en el 2º Congreso celebrado en Aguas de Sao Pedro en Brasil. Las recuerdo como

expresivas de momentos significativos y diferentes, pero en ambas experiencias percibí una enorme coherencia entre su concepción del teatro espontaneo transmitida en sus textos y su manera de hacer y estar. Destaco la transmisión de su creencia en el potencial grupal y la confianza en el grupo. Una actitud que le brotaba cálida sin impedirle ejercer claramente su autoridad marcando límites claros cuando el grupo lo necesitaba. La presencia de manera casi mágica, de la conjunción entre “la estética surgida de la interacción y el componente terapéutico implícito en la creación y la representación”. Y el surgir de la espontaneidad tal como la concebía, plasmada en la “libertad de exploración colectiva” para la construcción con y entre todos de “algo nuevo”.

Su visión de la capacidad terapéutica del teatro espontaneo junto con una posición de compromiso social con los grupos y la comunidad, le llevó a abrir y/o reforzar con maestría y ética vías de intervención sociodramatica y comunitaria mediante el teatro espontaneo, en conexión con otros compañeros/as. Su aportación junto con M.E. Garavelli en el 2º congreso iberoamericano de psicodrama “Teatro Espontaneo y Comunidad”, partió con la declaración -expresada con pasión- de que “todo psicodramatista tiene que ir donde está el pueblo.”

Quiero compartir en este espacio un fragmento de la experiencia del acto de clausura del primer congreso iberoamericano, que Moyses coordinaba y dirigía junto con otros compañeros presentes de la escuela de psicodrama de la compañía de Teatro Espontaneo de Brasil. La asistencia fue prácticamente masiva, cargada del



entusiasmo y cansancio que conllevaba el colofón de unos días intensamente vividos en esta experiencia del primer encuentro iberoamericano. Dentro de su coherencia, no había nada preparado. En el grupo se iba instalando un clima de exaltación que generaba una actividad frenética. En un momento dado detuvo la acción y la interacción expresando su malestar con claridad y firmeza. Recuerdo casi textualmente una de sus pocas pero contundentes frases, “no vale

todo, esto es sobreactuación y no teatro espontáneo”. Se produjo la reconducción de la situación encauzándose hacia un “proceso co-creador de producción colectiva” del auténtico TEATRO ESPONTANEO.

Gracias Moyses por tu legado atemporal que te hace presente.

Elisa Lopez Barberá

HOLA MOYSES,

son muchos los momentos que compartí con Elisa y contigo. La experiencia Iberoamericana de Psicodrama fue una creación colectiva, nuestra y de muchas otras personas, que nos enriqueció a todos y que después de 20 años todavía sigue rica y fecunda.

Gracias a ella conocí a personas como tú, así que la noticia de tu muerte me llenó de desolación. Aún recuerdo tu sonrisa, tu mirada afable, tu pelo ensortijado y tu...gabardina. Por encima de todo destacaba tu bonhomía. Junto con Angela, que fue tu introductora y colaboradora, abriste la AEP al Teatro Espontaneo, tu pasión era la gente y creo que durante un tiempo te dedicaste a la política, seguro que de altos vuelos y no empañada por la corrupción y el engaño que asola tu patria y la mía.

Recuerdo un viaje desde Murcia a Madrid, veníamos de un Congreso de la AEP y el encuentro iberoamericano era un

sueño conjunto, que se materializó hasta ahora. No había afán de protagonismo sino de intercambio y esta labor que iniciamos unos cuantos, todos con el mismo entusiasmo, ahora prosigue la continuación que hacen muchos otros.

Se que esta creación y recreación continua dibujará una sonrisa en tu rostro, más allá de la muerte y que tu aportación al teatro espontáneo nunca se olvidará. Por eso y por la profunda paz y esperanza que irradiaron los tiempos que estuvimos juntos es por lo que estas líneas están llenas de un profundo afecto que dejan tus cualidades en mi corazón.

Sigues vivo en nuestro recuerdo y dejas una profunda huella en todos aquellos que tuvimos la fortuna de conocerte.

Un cariñoso abrazo desde España.

José Antonio Espina Barrio

Artículos

EL PSICODRAMA DE LOS CUENTOS DE HADAS: UNA FUENTE DE CREACIÓN DE SUEÑOS

Irene
Henche
Zabala



IRENE HENCHE ZABALA. ESCUELA DE PSICODRAMA SIMBÓLICO DE MADRID

Psicóloga clínica y educativa

Autora del Método del Psicodrama Simbólico.

Fundadora y directora de la Escuela de Psicodrama Simbólico de Madrid.

escueladepsicodramasimbolico@hotmail.es



I: Los cuentos de hadas como sueños arquetípicos. La historia del Sí Mismo a través de los cuentos de hadas

En este trabajo vamos a hablar de sueños y de cuentos de hadas. De la profunda semejanza que presentan, de manera que si aprendemos a mirar y a entender los símbolos de los cuentos de hadas, aprenderemos a comprender el lenguaje de los sueños, y, por tanto, a tender un puente entre el inconsciente y la conciencia.

Entendemos también que los cuentos de hadas muestran un universo de sueños magistralmente elaborados, en el que se seleccionan aquellos con una naturaleza más arquetípica y significativa.

La dimensión del sueño nos plantea en un primer lugar, la propia evolución, tanto ontogenética como filogenética del ser humano, desde una condición de inconsciencia hasta su progresiva conquista de conciencia.

El ser humano prehistórico, en los albores del propio nacimiento de la especie, se encontraba librado a un universo de tinieblas, de desconocimiento, y de peligros y amenazas gigantescas, provenientes de su lucha por la supervivencia, y su progresiva conquista de conocimiento.

Así mismo, el bebé inicia su andadura como ser humano, pasando gran parte de su tiempo sumergido en el mundo del sueño.

Tras una gran evolución de la conciencia, el ser humano ha pasado por distintas etapas de pensamiento, mágico, mítico y

simbólico¹. En los dos últimos siglos se produce un avance espectacular en el plano científico, que no se corresponde con una evolución de la misma magnitud en el plano espiritual y ético.

Paradójicamente se ha producido un endiosamiento de la conciencia y de la voluntad, olvidando capacidades más relacionadas con el instinto, la imaginación, el sentimiento, la espiritualidad, que han pasado a ser consideradas de una categoría inferior.

El psicoanálisis vuelve a dar el valor que se merece a la dimensión inconsciente y Carl Gustav Jung, especialmente, rescata este universo, restituyéndole su entidad propia y no sólo como depositario de aspectos que han sido reprimidos, sino también como un sustrato de contenidos esenciales y una fuente de creación.

Una de las grandes vías de esta comunicación y esta unión fecunda entre inconsciente y conciencia, son los sueños.

Los sueños que creamos mientras dormimos, son espejo del inconsciente. Recordarlos es ya una forma de conciencia. Penetrar en su reino, sumergirse, beber en su fuente de sabiduría, fecunda la conciencia.

Los cuentos de hadas son los grandes sueños arquetípicos de la humanidad. Si podemos entrar en su dominio y encontrar la fuente de donde manan, vivificaremos nuestro propio vínculo con el inconsciente y abriremos una puerta a la recreación individual de los grandes sueños y a la creación de nuevos sueños individuales o arquetípicos.

¹ Véase C.M. Menegazzo, *Magia, mito y psicodrama*, Paidós, Buenos Aires 1981.

Entrar de una manera plena (consciente e inconscientemente) en el dominio de los grandes sueños arquetípicos, de los símbolos esenciales, puede hacerse a través del psicodrama de los cuentos de hadas².

A lo largo de todo su ciclo vital, el ser humano va construyendo su persona, su identidad, y especialmente, pero no únicamente, en la segunda mitad de la vida, la persona puede ir realizando un trabajo de renovada conexión con lo inconsciente, que va permitiendo una integración cada vez más profunda de lo desconocido y va conquistando esferas de nueva luz.

Jung habla del trabajo del proceso de individuación en el que esto tiene lugar.

Los sueños de la noche nos ayudan en este proceso de una manera espontánea e involuntaria.

Con la inmersión en los cuentos de hadas, sueños arquetípicos de la humanidad, podemos potenciar de una manera voluntaria este diálogo entre consciente e inconsciente, amplificarlo e irlo volviendo paulatinamente más transparente.

Estos grandes símbolos universales, de precioso material psíquico, pueden despertar la fuente de creación de los símbolos y los sueños en cada uno de nosotros, de manera que sean un *maestro interior*, una guía certera y un acompañamiento en el viaje alquímico de la segunda mitad de la vida.

La narración del viaje interior a través de los cuentos de hadas

2. Véase, de Irene Henche Zabala, *Cuentos de hadas, símbolos transculturales*, Universidad de La Coruña, La Coruña 1996 y *Educación en valores a través de los cuentos*, Bonum, Buenos Aires 2008.

La palabra sueño nos habla de los sueños oníricos que creamos cuando dormimos, y también de una imagen, un deseo, un ideal, que se contrapone a la *realidad*, y que, al mismo tiempo, la hace posible.

Esa otra cara de la *realidad*, su reverso, su imagen, su sombra, es decir, el sueño, es el otro universo que la completa y que la trasciende. A través de los sueños completamos nuestro lado consciente y equilibramos su lógica y su precisión, con el aparente absurdo y la enorme ambigüedad y polisemia oníricas.

El ser humano experimenta un cambio de nivel cuando se inicia la historia y, con la escritura, puede narrar y transmitir su experiencia, sus acontecimientos, su conocimiento consciente.

Al lado de la historia, surgen otras formas narrativas que la complementan, los mitos, los cuentos de hadas, las historias inventadas y maravillosas (que hunden sus orígenes en formas narrativas anteriores a la escritura, es decir, en la tradición oral.)

Con los cuentos de hadas, el ser humano está haciendo un relato de su aventura interior, de su viaje psicológico. Con ello, muestra el lado complementario de la historia de los hechos, de los acontecimientos *reales*, de la misma manera que en la vida personal, durante el día se está desarrollando el acontecer de hechos, y en los sueños lo que aparece es nuestro viaje interior.

Estos sueños universales permiten abrir la fuente profunda de sueños y favorecer que mane y fluya, de manera que la vida se enriquece con ese diálogo profundo de consciente e inconsciente y los propios sueños nocturnos se van haciendo más transparentes y puros.



Digamos que los cuentos de hadas con sus temáticas, vínculos, personajes, escenas, secuencias, roles, permiten un bellissimo, complejo y pleno calidoscopio de identificaciones y proyecciones de muy diversos aspectos (deseados, temidos, negados, rechazados...). Así como en los sueños todos los personajes, secuencias y escenas nos hablan de partes de la personalidad del durmiente, en los cuentos todos estos aspectos pueden mostrar partes de la identidad global, es decir del Sí mismo.

II. El Psicodrama de los cuentos de hadas: La dimensión más pura de Psicodrama Simbólico

Qué es el Psicodrama Simbólico:

El **Psicodrama Simbólico** es un método de orientación junguiana de ayuda y potenciación del **crecimiento personal**, que parte del trabajo en **grupo** con una serie de **cuentos de hadas y contenidos simbólicos y metafóricos**, que evocan de manera simbólica, contenidos clave del **proceso de individuación** del ser humano.

El psicodrama de cuentos de hadas es la forma más pura de Psicodrama Simbólico. Podemos entenderlo como una imaginación activa arquetípica y estructurada que posibilita, por un lado sumergirse en los grandes símbolos, imágenes y escenas arquetípicas de la humanidad, y por otro, favorecer un diálogo con esta dimensión, a través de escenas psicodramáticas.

Tanto Carl Gustav Jung como Marie Louise von Franz, consideran que los

cuentos de hadas expresan en forma sencilla y directa los procesos psíquicos del inconsciente colectivo³. En ellos, los arquetipos son representados en su aspecto más sencillo, sobrio y conciso, sin apenas elaboración cultural.

Por ello, el contacto con los símbolos que encierran nos ponen en contacto con nuestro inconsciente en forma muy directa, rápida y sin interferencias. Estudiarlos y comprenderlos es de una gran importancia para conocer nuestra psique y a nosotros mismos.

A través del psicodrama de los cuentos de hadas, podemos sumergirnos de una manera multidimensional en los símbolos y las metáforas arquetípicas contenidos en ellos, y volver a recrearlas, como siempre ocurre con los arquetipos, que es preciso un nuevo creador individual para volverles a dar vida.

Haciendo un recorrido por diferentes cuentos de hadas, podemos descubrir motivos correspondientes a distintos contenidos del proceso de individuación.

En este trabajo, nos centraremos en mayor medida en el **Psicodrama Simbólico de los Doce Cuentos**. Doce historias metafóricas que representan simbólicamente las etapas evolutivas que tienen lugar, desde los albores de la individuación, hasta la constitución de la identidad adulta, que tiene lugar con la resolución de la adolescencia.

Estos cuentos muestran de una manera secuencial y simbólica las etapas clave del crecimiento psicológico, los vínculos esenciales de génesis y construcción del sí mismo, así como los acontecimientos y contenidos existenciales fundamentales del ser humano.

³ Véase de Marie Louise von Franz, *Érase una vez*

Se parte del estudio, la elección y la creación de las versiones más genuinas posible, desde el punto de vista simbólico y arquetípico, de estas doce historias, que han sido seleccionadas y elegidas entre los cuentos tradicionales, cuentos de hadas o temas de fantasía, a través de un trabajo en grupo de psicodrama de cuentos de hadas, con niños en edad comprendida entre los cinco y los doce años.

Casi todas estas historias eran las más elegidas por los participantes y así mismo, aquellas que aportaban las contribuciones más significativas con relación al crecimiento personal.

LOS DOCE CUENTOS

1. Los Siete Cabritillos y el Lobo
2. Caperucita Roja.
3. Los Tres Cerditos
4. La Casita de Chocolate
5. Pulgarcito
6. La Reina de las Abejas
7. El Patito Feo
8. Pinocho
9. Cenicienta
- 10 La Bella Durmiente
11. Blancanieves
12. La Bella y la Bestia

A través de un trabajo específico partiendo de estos doce cuentos, el método tiene como objetivos esenciales ayudar a en el viaje del proceso de individuación y

a conectar con los valores y el sentido genuinos de cada una de sus etapas.

Este método puede favorecer:

- √ Una mejora en el proceso evolutivo en el propio tiempo en que está teniendo lugar.
- √ La reconstrucción de etapas anteriores en las que hubo un daño o carencia.
- √ La adquisición de nuevas inscripciones emocionales y vinculares
- √ La posibilidad de desactivar narrativas obstaculizadoras y de generar otras nuevas más gratificantes y constructivas para el propio proyecto de vida.

Se inspira de manera esencial en la idea de que se puede potenciar que la persona sea de la manera más plena posible, la protagonista de la construcción de sí misma, en un proceso que tiene lugar a lo largo de toda su biografía.

Las versiones genuinas de los cuentos de hadas:

Es muy importante reconstruir los cuentos de hadas, liberándoles de las impurezas y desfiguraciones que sufren, y rescatando sus elementos esenciales de significado, volviéndoles a dotar de sus verdaderas características arquetípicas y simbólicas.

Para ello, cada vez que se inicia el trabajo con un nuevo cuento, éste es contado al grupo, siguiendo la versión elegida y cuidadosamente trabajada.

Así mismo, se permanece el tiempo necesario en el trabajo grupal psicodramático, realizando escenas tomadas de los cuentos, según la versión original inicial, basándose en los cuentos



tal y como son, sin llevar a cabo en las propuestas cambios que afecten a los niveles esenciales de significado.

Esto va a favorecer la toma de contacto con el universo inconsciente personal y colectivo y de ese modo, con la belleza y perfección de los argumentos esenciales, de manera que va a abrir nuevas capacidades y fomentar la propia creatividad y el propio contacto con los arquetipos que cada individuo vuelve a recrear y a enriquecer.

Digamos que el objetivo de esta primera fase de inmersión es la toma de contacto con modelos simbólicos bellos y de calidad, así como la interiorización de los mismos.

La **fase de inmersión** pretende recrear de nuevo los cuentos de hadas, lavándolos de todas las impurezas que llevan mezcladas con elementos genuinos, en un proceso semejante a la búsqueda del oro en una mina.

Para ello este método ha realizado un trabajo previo de investigación, de estudio y de experiencia, que va a permitir rescatar en cada cuento a su mejor recopilador y basándose en el mismo, recrear una versión que cobre forma en el momento de ser contada, pues no se sigue por completo la versión del recopilador o recopiladores seleccionados para cada cuento.

Cada cuento necesita un tiempo para poder producir una inmersión en su contenido, de la misma manera que, a medida que vamos avanzando en el proceso grupal y vamos trabajando con más cuentos, la inmersión va siendo más profunda.

Se debe establecer en los cuentos una discriminación entre **elementos esenciales** y **elementos complementarios**. Los primeros son la estructura y la base profunda simbólica. Los segundos aportan el contexto, los matices y una mayor definición a los primeros. En la etapa de inmersión es fundamental respetar los elementos esenciales, que no deben sufrir transformaciones, para rescatarlos, transmitirlos y trabajar con ellos, con la máxima pureza.

Los elementos complementarios empiezan a ser desarrollados, y por tanto transformados, desde la propia fase de inmersión, pues tengamos en cuenta que sólo el hecho de seleccionar una secuencia de un cuento, ponerle un título y dramatizarla, la va a enriquecer con multitud de detalles que no están explícitos en ninguna versión transmitida del cuento, y que son creaciones del autor que la ha seleccionado.

Al elegir, poner título y dramatizar, primeras tareas cuando empieza el proceso de un grupo de psicodrama simbólico, la versión del cuento se vuelve dinámica y multidimensional.

En esta etapa de inmersión, se trabaja, por tanto, con las escenas que los participantes seleccionan y visualizan, trabajando con las versiones de los cuentos “tal y como son”, en la versión que nos sirve de base; es decir, la consigna es, en un principio, la de sumergirse en el modelo que nos ofrece el cuento, sin llevar a cabo ninguna variación de elementos esenciales del mismo.

Por otro lado estos doce cuentos incluyen una muestra muy completa y variada de símbolos, personajes simbólicos y

escenas simbólicas, de tal manera que, a través del trabajo psicodramático sobre estos doce cuentos, se alcanza un nivel básico de comprensión y expresión a través de metáforas y de símbolos.

Esta inmersión permite entrar en un universo de significado, dentro del cual, la persona y el grupo pueden ser acompañados en su proceso de crecimiento y dotados de los contenidos de la lengua de los símbolos.

Con estos doce cuentos, se abre el proceso de trabajo de psicodrama simbólico. Estas historias sirven de cimiento y nos proporcionan un modelo, una mirada hacia los cuentos, una técnica de trabajo con los símbolos, que pueden trasladarse también a otras obras, otros cuentos de hadas, otros cuentos de autor, obras literarias, otras obras de arte y el cine, con los cuales también se pueden realizar grupos de psicodrama simbólico.

En el caso del psicodrama simbólico de los Doce Cuentos estamos hablando de la constitución de la identidad adulta. Este proceso que culmina después de la adolescencia, compromete el guión existencial de la persona, y por tanto, su salud, su autoestima, su felicidad y la de los que se relacionan con ella.

También implica el desarrollo ético, la aportación personal como individuo en sistemas cada vez más amplios, la familia, la escuela, el grupo de pares, el mundo laboral, la sociedad.

Para trabajar adecuadamente con este método, debemos conocer los distintos niveles de significado o de contenidos latentes que poseen o pueden posibilitar los símbolos.

El significado de los cuentos

Digamos en un principio que el universo de significado de los cuentos de hadas es inabarcable en su totalidad e inefable de una manera plena. Marie Louise von Franz nos dice que un sueño es la mejor expresión de su significado, idea que podríamos trasladar también a los cuentos. Lo que ocurre es que generalmente necesitamos una llave para acceder a su riqueza, pues, de lo contrario, puede ser un universo indescifrable o mal traducido a un significado lógico o racional, con lo que le estaríamos robando la verdadera esencia de su naturaleza.

A través de este método, lo que hacemos es una aproximación bastante central, que nos permite descubrir, comprender y recrear los aspectos más relevantes de cada cuento y para cada persona, en los diferentes procesos en que se implica en función de los objetivos planteados.

Es importante distinguir estos niveles:

1. Nivel de significado global o profundo del cuento

El contenido latente global del cuento hace referencia a su nivel esencial de significado, es decir a los motivos y a la línea argumental de carácter más arquetípico. Se transmite a través de una versión lo más pura posible, desde el punto de vista arquetípico.

Esta versión es contada al grupo por el Equipo de Psicodrama Simbólico, cada vez que se inicia el trabajo con un cuento. Este nivel de significado es la base de todo el trabajo posterior con el método.

En esta fase nos situamos en un **nivel de latencia global del propio cuento**.



Consideramos que el autor de este nivel de significado es el ser humano, como especie.

2. Nivel de significado individual

Podemos establecer un cambio de nivel, en el momento en que la versión del cuento es transmitida al grupo, la primera vez que se cuenta en el grupo de psicodrama simbólico.

Entonces el cuento vuelve a crearse otra vez, tanto en el narrador del equipo de psicodrama como en cada uno de los participantes, a quienes vamos a posibilitar que comience a dar forma a su propio cuento interno, pidiéndole una escena y un título. Sólo esta selección es ya una creación que aporta contenidos y matices del mundo interior y de la visión de cada sujeto. Entonces nos estamos aproximando al **nivel de latencia individual**.

3. Nivel de significado grupal

Cuando en el grupo se elige una de las escenas propuestas por uno de los participantes, autor de la misma, que va a convertirse en el protagonista de la dramatización, estamos empezando a acercarnos al **nivel de latencia grupal**, teniendo en cuenta que ya en la misma elección, el grupo como sistema está depositando también sus propios significados, y que el protagonista es también, en parte, además del portador de sus propios contenidos individuales, portador de contenidos que preocupan o interesan al grupo como unidad.

En el psicodrama simbólico vamos a estar haciendo esta doble lectura individual y grupal, dos dimensiones estrechamente ligadas y entrelazadas, pero que conviene

diferenciar con limpieza y claridad, tanto en la lectura que se hace, como en la intervención. Este método permite también el crecimiento grupal, de un sistema grupo que va configurándose y va atravesando sus etapas evolutivas.

En las escenas contadas y dramatizadas, así como en el comentario grupal, vamos a descubrir y destacar muchos significados que son grupales.

Bruno Bettelheim hablaba del efecto enriquecedor de contar cuentos a los niños, para favorecer su proceso evolutivo. Desde mi punto de vista, si además de contar cuentos (no sólo a niños, sino también a adolescentes y a adultos), damos a las personas la llave para entrar en su espacio, y una vez en él, les invitamos a explorarlo, jugarlo, poniéndose en los distintos personajes y situaciones, dejando que su fantasía y su imaginación vuelvan a recrear el cuento, estamos produciendo efectos cualitativamente superiores, de gran vitalidad y creatividad. En lugar de una sola dimensión, la de la palabra, el cuento despliega todas las dimensiones, la acción, el calidoscopio de todos sus personajes y situaciones, el espacio, la secuencia, la imagen: es el lenguaje multidimensional de la escena, el viaje de Alicia a través del espejo.

III. Sueño y sueños en los doce cuentos

Veamos lo que nos dice el Diccionario sobre las diferentes significaciones de la palabra **sueño**:

I Sueño: **Estado del que duerme.** Estado vegetativo y mental que se contrapone al de la vigilia.

II Sueño: **Ganas de dormir. Somnolencia.** Tendencia fisiológica a quedarse dormido. Sensación de cansancio en la que se necesita dormir.

III Sueño: **Acción de imaginar sucesos y escenas mientras se duerme.** Creación de la mente durante el tiempo en que la persona duerme.

IV Sueño: **Cosa en cuya realización se piensa con ilusión y deseo.** Aspiración del ser humano, ideal y deseo que busca realizar.

V Sueño: **Se aplica a una cosa de la que se quiere decir que es muy bonita.**

La palabra sueño tiene una doble raíz:

Sueño: Del latín **somnus**, acción de dormir, y su derivado **sómnium**, cosa imaginada durmiendo, y del griego, **hypnos**

Vamos a ir viendo de qué manera van apareciendo en los doce cuentos estudiados por el Psicodrama Simbólico, distintos aspectos del sueño:

El sueño como estado vegetativo

En los cinco primeros cuentos, desde Los Siete Cabritillos y el Lobo, hasta Pulgarcito, el fenómeno del sueño aparece poco diferenciado. Esto se debe a que estos cuentos hablan de los procesos de la primera infancia, en la que justamente se está estableciendo la diferenciación clara entre fantasía y realidad, entre inconsciencia y conciencia...

Especialmente en los tres primeros cuentos, las alusiones al sueño, hablan de un estado de indefensión y de falta de conciencia: El lobo duerme con los seis cabritillos en la tripa, el lobo duerme también después de haber comido a Caperucita y a la Abuelita y el lobo espera a la noche para ir a atacar las casas de los tres cerditos.

En Hänsel y Gretel y Pulgarcito ya se hace una mención explícita al aprovechamiento del sueño de los niños, por parte de los padres, para urdir su plan de abandonarlos en el bosque, y es destacable cómo en ambos cuentos hay un personaje que oye la conversación, que estaba despierto mientras otros dormían, lo que alude al progresivo desarrollo de la conciencia. En Hänsel y Gretel, después del encuentro con el sueño de La Casita de Chocolate, aparece una bruja, que todavía no se desvela como tal, y es después de dormir esa noche, envueltos en dulces sabanitas blancas, cuando al despertar son arrojados a la amarga realidad de que han caído prisioneros de una bruja que les mantendrá encerrados y esclavizados, con la perspectiva de ser comidos un día, especialmente el niño varón.

El sueño como falta de conciencia

Esta acepción se muestra fundamentalmente en Pulgarcito, el cuento en el que esta adquisición de la conciencia cobra un valor fundamental. El cuento en que la conciencia aparece en forma de luz en la noche tormentosa y amenazante en la que los siete niños están perdidos. Pulgarcito, subido a un árbol, divisa una tenue luz en la distancia, que guiará sus caminos, y que resultará ser una casa iluminada, la casa del ogro. Así mismo, en dos momentos cruciales del



cuento, Pulgarcito se mantiene despierto, mientras sus hermanos han sido vencidos por el sueño, lo que logra salvarlos, en el primer caso, de ser degollados por el ogro, y en el segundo, de ser atrapados por aquél.

A partir de Pulgarcito, empezamos a encontrarnos la presencia de otro tipo de sueño, de un sueño que mantiene dormidos a sus personajes, pero con una característica especial: están dormidos en una determinada pose o actitud, tal y como si se tratara de estatuas que duermen. Esta situación de estatuas vivientes y dormidas, hace su aparición por primera vez en el cuento de La Reina de las Abejas. Suele tratarse de un hechizo que debe ser deshecho para que todo vuelva a la vida, y para poder avanzar a un nivel superior de conciencia y de evolución.

El sueño como hechizo

En este tipo de sueño, también hay un personaje o personajes centrales que es necesario despertar y que yacen en lechos, como habitualmente suele dormirse, por contraposición a los otros personajes de su entorno que permanecen dormidos en posturas de la vida despierta.

En este cuento de La Reina de las Abejas, las tres princesas iguales, y, sobre todo en el cuento de La Bella Durmiente, se nos muestra un sueño, que recuerda también al sueño de la muerte, es decir a un sueño en el que va a tener lugar una profunda transformación, tras cuyo despertar, el personaje durmiente va a nacer a una nueva condición y estado, que en los dos casos citados, aunque muy especialmente en el de La Bella Durmiente, va a conllevar el encuentro con una pareja, es

decir, uno de los símbolos del sí mismo más emblemáticos, la conjunción de lo masculino y lo femenino.

Este tipo de sueño de la muerte alcanza su plenitud en el cuento de Blancanieves, que se mantiene incorruptible en una muerte dormida, de la que sale, gracias a poder escupir (echar fuera de sí), el trozo de la manzana envenenada que la llevó a ese estado.

Este sueño de la muerte, nos sitúa ante una de las fuentes remotas de los cuentos de hadas, los rituales iniciáticos de paso que tenían lugar en la pubertad y en una casita del bosque, tal y como nos dice Vladimir Propp.

Mirado desde el punto de vista de Mircea Eliade, los cuentos de hadas, que hunden sus raíces en dichos rituales, nos hablan en clave simbólica de los rituales o momentos iniciáticos que van teniendo lugar a lo largo de toda la vida, de un proceso de evolución entendido como una serie de **muertes y resurrecciones**.

El sueño aparece, por tanto, hasta ahora, en los Doce Cuentos de hadas como:

√ Un estado de mayor vulnerabilidad en el que puede hacer su aparición una gran amenaza, en estos cuentos, generalmente representada por el arquetipo del lobo.

√ Un estado de inconsciencia en el que alguien puede aprovechar para tramar un plan del que no puedan darse cuenta o conocer los que duermen, es decir, un estado de desconocimiento.

√ Un estado de somnolencia, de ser vencido por el sueño, que si el personaje logra superar, adquiere un nivel superior de conciencia y es capaz de afrontar y sortear peligros gigantescos.

√ Un estado de inmovilidad y aislamiento del mundo en el que puede estar teniendo lugar todo un proceso de transformación.

Hasta ahora, nos hemos estado basando en tres de las acepciones de la palabra sueño:

- El sueño como estado del que duerme
- El sueño como somnolencia y ganas de dormir
- El sueño como hechizo

Vamos ahora a considerar otras acepciones:

El sueño como algo muy bello y maravilloso

De los doce cuentos, este significado de la palabra sueño aparece con especial fuerza y belleza en dos de ellos:

- √ El Patito Feo
- √ Cenicienta

En El Patito Feo, en medio de su larga travesía de soledad y sufrimiento, hay un momento en el que tiene una visión: es la de unos pájaros de enorme belleza que vuelan dejándole atrás. Ante esta visión, El Patito Feo queda conmovido y enamorado de esta belleza, aun sintiendo que él mismo es ajeno a ella. Después, ya al final de la larga peregrinación, el personaje de El Patito Feo vuelve a tener otra visión: Esta vez es la que le devuelve el agua como un espejo maravilloso, la imagen de aquellos seres alados que viera otrora, que ha vuelto a encontrar en el lago y que en un principio no reconoce como su propia imagen. Al mismo tiempo que decide avanzar hacia esos cisnes, puede

llegar al **insight** del reconocimiento de sí mismo en esa imagen. Siente, entonces, que es como un sueño. El sueño de la transformación en sí mismo.

En Cenicienta, en uno de los momentos centrales de este cuento, el Hada puede convertir elementos de la vida cotidiana en otros elementos mágicos que van a llevar a Cenicienta hacia su deseo, hacia su **sueño**.

La calabaza que se convierte en carroza, Cenicienta que pasa de estar vestida con harapos y manchada de ceniza, a llevar un vestido de oro y plata es un sueño, algo muy bello y maravilloso.

En el caso de El Patito Feo, ese sueño, es la culminación de todo un proceso y es una nueva realidad.

En el caso de Cenicienta, el sueño tiene un tiempo limitado, hasta que suene la última de las doce campanadas de la medianoche, momento en que el sueño vuelve a su estado anterior, es decir a la vida cotidiana. Pero es muy bello y destacable cómo en el cuento de Cenicienta, queda un testigo de este sueño: el zapatito no perdido. Una de las partes del par que estará a la espera del encuentro con el otro par, para que el sueño de nuevo se convierta en una nueva realidad.

Y finalmente, vamos a situarnos en la acepción de la palabra sueño:

El sueño como aspiración, como deseo.

Esta acepción de la palabra sueño, la encontramos en los cuentos de Pinocho y La Bella y la Bestia. El sueño de la Bestia es el sueño de la humanización, de



convertirse en un ser humano completo, que ama y es amado, que ha podido integrar su sombra, que ha realizado una conjunción entre lo masculino y lo femenino. Es el nivel de evolución personal en el que el yo crece según el modelo del Sí Mismo.

Mme Leprince de Beaumont nos dice que la Bestia, tras su trabajoso y paciente, proceso interior, se convirtió en un hombre auténtico, con belleza, bondad e inteligencia.

En el cuento de Pinocho, Gepetto, un carpintero viejo y solitario, que construye juguetes para niños, hace un muñeco tan especial, diferente a todos los que hubiera podido hacer anteriormente, del que llega a encariñarse tanto que le hace soñar que podría convertirse en un niño de verdad, en un hijo. (Hijo, como creación, como trascendencia más allá de lo individual, como obra creada)

Se va a dormir (el cuento no nos lo dice, pero sabemos que hay procesos de gran importancia que cristalizan durante el sueño, sumergidos en nuestro lado inconsciente, en el que se puede dar una nueva alternativa y puede aparecer una nueva visión), y es durante la noche, durante su sueño, cuando el muñeco cobra vida.

Cuando Gepetto se despierta, contempla el milagro. El sueño se ha hecho realidad. Pinocho, aunque todavía de madera⁴, es un niño de verdad.

Podemos entender la creación de Pinocho y el hecho de que este muñeco cobre vida, como un prototipo de sueño como aspiración.

En la etapa de la vejez, después de todo el trabajo y el recorrido de una vida, surge un fruto cualitativamente distinto a los

anteriores, que representa también la culminación de todo el trabajo realizado. Surge el muñeco viviente, la obra creada, el hijo espiritual.

Este hijo espiritual tendrá dos nacimientos: el muñeco de madera que cobra vida; y el muñeco de madera que muere y resucita convertido en un niño de carne y hueso.

IV: La versión del cuento de Pinocho

Pinocho es uno de los cuentos del que hemos creado una versión propia, para intentar rescatar los elementos más arquetípicos de la historia.

Esta versión es el fruto de años de trabajo y de las opciones que mejor resultaron en diferentes grupos de psicodrama simbólico de niños y adolescentes

SECUENCIAS CLAVE DE LA VERSIÓN:

1. Gepetto, un artesano, en la edad de la vejez, construye un muñeco muy especial. Se emociona de la belleza y perfección del muñeco y se va a la cama con el deseo, el sueño, de que el muñeco cobre vida.
2. Durante la noche, por acción de un hada, el muñeco cobra movimiento y vida pero sigue siendo un muñeco de madera. Tiene una determinada edad y no ha vivido las anteriores etapas. Ello nos habla de carencias y de falta de aprendizajes de vida. Por ello, el Hada le dota de la compañía de Pepito Grillo, la conciencia.
3. Pinocho va a la escuela. Gepetto quiere que su hijo aprenda. El tema de la escuela.

⁴ Madera (la primera materia, la madre)

4. Pinocho se encuentra con personajes que le engañan y le estafan. Así mismo, Pinocho miente por decir lo que desearía ser. Pinocho no puede integrar el bien auténtico. El verdaderamente engañado es él. Pepito Grillo y el Hada le rescatan de una jaula en la que le habían hecho prisionero.

5. Pinocho está perdido. No puede volver a casa, no sabe. Inicia su búsqueda del padre, de su casa de origen.

6. Se pierde completamente en la isla de los juegos. Un lugar en el que, bajo la apariencia de diversión, los niños no logran adquirir lo que necesitan para crecer. Esto está representado en que se convierten en animales (burros). Hay un retroceso en la escala evolutiva.

7. Pinocho es capaz de darse cuenta y logra salir de esa trampa, con la compañía de Pepito Grillo. Busca a Gepetto y, al mismo tiempo, Gepetto busca a Pinocho.

8. Llega al mar y, siguiendo el mensaje de alguien que le dice que su padre se echó a navegar para buscarle, él se aventura también en el mar. Padre e hijo, se encuentran en el vientre de la ballena⁵. De allí logran salir, envueltos entre olas gigantescas que están a punto de ahogarles y sumergirles.

9. En el naufragio, Pinocho lucha por salvar al padre y muere.

10. Por la noche, cuando Gepetto ha sido vencido por la tristeza y se ha recluso en su habitación, se produce el renacimiento de Pinocho como un niño de verdad, con la ayuda del hada. Pinocho se convierte en un verdadero niño: un niño de carne y hueso.

⁵ Símbolo universal. Estancia en el vientre de la ballena: prototipo de un cambio profundo (Biblia).

V: El sueño de Pinocho

En este apartado vamos a contar brevemente la síntesis del proceso de un participante en un grupo de formación de Psicodrama Simbólico, en el que tiene lugar una conexión muy profunda entre el trabajo desarrollado con los Cuentos de Hadas y sus sueños.

Veremos los dos primeros niveles de esta formación:

En el primero, se realiza un trabajo eminentemente vivencial y experiencial, mediante un viaje por los Doce Cuentos y consta de una serie de seminarios de crecimiento personal, * en cada uno de los cuales, se trabaja la inmersión simbólica a través del psicodrama simbólico, en cada uno de los Doce Cuentos.

En este primer nivel experiencial, se invita a los participantes a conectar también con sus sueños y a compartirlos en el grupo.

Para iniciar el segundo nivel, cada participante elige uno de los Doce Cuentos trabajados en el primero, mediante el que realizará una elaboración más profunda.

Veamos la secuencia del proceso de Carlos, para pasar a hacer un breve relato de los distintos hitos:

Proceso de Carlos **

1. Carlos cuenta el sueño de los muñones ensangrentados

2. Trabajo de los Doce Cuentos en la primera etapa y fragmento del seminario en el que tiene lugar el Psicodrama de la escena de construcción de Pinocho (en



el seminario en el que se trataban los cuentos de El Patito Feo y Pinocho. Carlos es autor y protagonista de la escena de la construcción de Pinocho.

3. Elección del cuento de Pinocho en el Segundo Nivel, por parte de Carlos

4. Trabajo psicodramático de la escena en la que Pinocho, que yace muerto en la cama, recobra una vida nueva, gracias al Hada. Y se convierte en un niño de carne y hueso.

5. Sueño nuevo de Carlos en el que aparece en su nueva habitación, de noche, con la luna llena iluminando el cielo y con una decoración semejante a la que aparecía en la escena dramatizada anterior (se había cambiado de casa en este tiempo).

6. Dibujo de Carlos de La gota de sangre, en una de las últimas sesiones con motivo del cuento de La Bella Durmiente.

El dibujo lleva el título de: **La gota de sangre da la vida**

Todos los participantes trabajaron el dibujo creativo en la sesión dedicada a La Bella Durmiente. Era un dibujo para ellos mismos.

7. Carlos me regaló este dibujo el último día del curso de Segundo Nivel

Los contenidos y el contexto de la sesión en que se inició este proceso que quiero mostrar:

Se iniciaba el trabajo con los cuentos de El Patito Feo y Pinocho y yo, como coordinadora⁶ hago esta introducción:

El Psicodrama Simbólico va acompañando en un proceso puente que conecta con la vida de cada uno (sueños, vivencias,

acontecimientos que tienen que ver). Os invito a que tengáis en cuenta vuestros sueños. A que estéis atentos.

Los cuentos son sueños de la humanidad.

El aprendizaje del Método conlleva un aprendizaje experiencial.

Estamos en el camino de la individuación siempre. Nunca podemos decir que ya hemos llegado, siempre se crece.

M L. Von Franz habla de los símbolos que aparecen en el final de la vida. Estos símbolos de totalidad representan la integración de los opuestos (masculino/femenino, día/noche, bueno/malo, yin/yan...)

Tiene un libro dedicado a las visiones de Santo Tomás en su lecho de muerte. Resultaban incomprensibles, fueron recogidas y estudiadas. Son todo imágenes de totalidad. Unificación de los contrarios que son el reto último de la vida.

El Método Simbólico pretende acercarse un poquito a esa integración, en la medida en que se puede favorecer, en cada etapa de la vida.

Esta es una imagen de totalidad (Muestro la carpeta entregada al inicio del curso, con la imagen de La Bella y la Bestia). (Insertar imagen de La Bella y la Bestia)

Es una integración de opuestos.

La primera parte de la vida es un reto continuo. Yo me permito hablar de la primera individuación.

La segunda mitad de la vida abre un nuevo proceso de verdadera integración de opuestos, de la sombra, concepto capital en la psicología junguiana.

⁶ Se seleccionan sólo los contenidos pertinentes y no se hace una transcripción entera

Ahora iniciamos una serie de tres cuentos, El Patito Feo, Pinocho y Cenicienta que nos ponen en contacto con aspectos muy rechazados, difíciles, duros, que están de verdad en el mundo.

El reto es poder verlos también en uno mismo. También están dentro.

*El cuento de **El Patito Feo** permite contactar:*

√ *Por un lado, con la diferencia de ser uno mismo, con la propia identidad única y original (diferenciación).*

√ *Por otro, con una marca individual, un sello especial, (color de la piel, discapacidad, grupos minoritarios, por ser hombre, por ser mujer).*

*En **Pinocho** vemos además, el engaño, la manipulación y la explotación. Pinocho es un ser bellissimo, especial, con carencias. Es un niño de madera, que atraviesa un proceso muy duro hasta que se convierte en un niño de verdad.*

Hay quien quiere robarle las bellezas que tiene y usar sus capacidades y originalidad para su beneficio.

El verdadero creador nunca lo vendería como un monito de feria. Lo ama y quiere que aprenda y sea feliz.

El tema de la nariz que le crece por mentiroso es un tema secundario.

¿Queréis contar alguna cosa antes de que leamos el cuento?

1:

Carlos: *Quiero contar un sueño que tuve anoche. Hemos estado haciendo un curso de hiperactividad. Anoche soñaba*

que tenía que hacer un curso y tenía que dar masajes a gente con muñones ensangrentados, con mutilaciones y había que tocarles. Era muy desagradable y asqueroso.

Irene: *Es un sueño esperanzador, habla de una vía para reconstruir. ¿Con los masajes curabas?*

Carlos: *Me costaba acercarme a los trozos de carne, no veía las caras. Eran masas.*

Irene: *¿Podían completarse?*

Carlos: *Sí. Pero era necesario restituir un fragmento que faltaba de uno de los cuentos que estamos trabajando en este curso.*

Irene: *Has hecho una conexión entre dos cursos, pero te refieres a éste, puesto que es aquí donde estás contando tu sueño.*

Este curso puede servir para completar aspectos que se tienen mutilados. Mutilaciones psicológicas.

En tu sueño aparece la sangre de esas mutilaciones o heridas.

*Iniciemos el trabajo con los cuentos de **El Patito Feo** y de **Pinocho***

Estos dos cuentos, El Patito Feo y Pinocho hablan de situaciones difíciles del mundo exterior.

El Patito Feo es el hijo de otra madre. Pinocho es, directamente, el hijo sin madre. Hijo únicamente del padre, aunque sea un padre muy maternal. Habla de una carencia muy profunda, muy básica. Algo que requiere una reconstrucción, una "rematrización".

⁷ En este momento se abre el proceso de Carlos.



Tiene que ver con tu sueño, Carlos. Habla de carencias, de daños, de cosas perdidas...

Pinocho es un muñeco de madera (también guarda similitud con el cuento de El Soldadito de Plomo, que no está en los Doce Cuentos).

*La obra original de Pinocho no tiene estructura de cuento de Hadas, es una novela, por tanto la versión es difícil. Yo he elaborado una secuencia de momentos clave en el cuento. En los grupos de formación, siempre está como tarea la de la **elaboración de la propia versión de Pinocho**. Por tanto, la ponemos en este grupo para el próximo día, después de trabajar experiencialmente la inmersión en el cuento de Pinocho que vamos a hacer hoy.*

Pinocho es un cuento muy querido por los niños. En mi experiencia, he detectado que, en especial, niños con alguna dificultad muy importante, relacionada con etapas primigenias del desarrollo, suelen elegirlo para trabajar con él. Me he encontrado muchos niños que viven en centros de acogida que han elegido este cuento. Moviliza muchísimo, es muy reconstructivo, pero también se requiere una trayectoria grupal para poder trabajar con él.

Los niños han visto la película de Walt Disney, que ofrece, a grandes rasgos, un buen trabajo.

Esa película ha permitido que los símbolos del cuento de Pinocho se vuelvan muy populares.

Es importante señalar la presencia del personaje mágico del Hada, que permite convertirlo en Cuento de Hadas.

Lo incluí en la serie de los Doce Cuentos gracias a los niños, que lo elegían. Tardé

unos años en hacer esta secuencia, secuencia elaborada tras mucho estudio y con mucho esmero.

La experiencia con niños con trastornos muy graves de personalidad, a quienes ayudó profundamente el trabajo con este cuento, me decidió a incluirlo en la serie de los Doce.

Es un cuento que requiere un trabajo previo. No necesariamente lo elige únicamente gente con problema tan graves.

*Vamos a comentar un poco el tema del padre, de la madre de **El Patito Feo**:*

Ha salido la escena “Ni siquiera mi madre me quiere”⁸. Estamos hablando de cuando hay dificultades en los afectos básicos.

Quiero remarcar que, a pesar de ser su madre “falsa”, al principio es una buena madre: empolla el huevo y no lo abandona, a pesar de lo que le dicen. A pesar de ser diferente, espera que haya algo bueno: “si nada será un buen pato”. Después al verle nadar, expresa: “Este patito es mío. En realidad es muy lindo”.

A los niños con una herida en etapas tan tempranas del desarrollo, hay que reinscribirles la escena de que sí han sido queridos. Es cualitativamente superior, sea verdad o no. Prefiero ver, y de hecho ves, que hay un amor, a pesar de todo. Es mejor no centrarse en la culpa de los padres. Suelen estar tan machacados que no pueden. Hay que sembrar semillas de salud, redefiniendo vínculos muy carentes. Querrían mostrarle su amor pero no saben.

En el caso extremo de violencia, de maltrato, si en lo simbólico pueden

⁸ Comentario tras un trabajo psicodramático de elección de escena de estos dos cuentos, y la elección de la que tenía este título

agarrarse a que en un momento inicial, hay un madre que les ha querido, me parece muy importante.

La mamá pata sí quiere al patito al principio, no un amor pleno, pero sí hay amor.

Los padres que tienen un hijo con problemas sufren un duelo tremendo. Un hijo con dificultades significa la pérdida de un hijo normal y deseado. Es un duelo. Tengo mucha experiencia con niños con un Trastorno del Espectro Autista o con otras necesidades educativas especiales y sé lo que cuesta aceptar a un "hijo patito feo".

2:

En el trabajo psicodramático con el cuento de Pinocho, se eligió la escena propuesta por Carlos:

Carlos: Sólo una imagen. Gepetto construyendo a Pinocho. Tiene un martillo..... La construcción de Pinocho. Veo al hada también. Ella mira a Pinocho. Título: **El sueño de Gepetto**

ESCENA:

(Breve resumen de lo más significativo)

Noche de invierno. Luz de Luna. Taller calentito. Con un hogar. EL fuego se está apagando. Sólo hay brasas.

Carlos: *yo quiero ser el hada madrina. Ventana en el sitio habitual. Luna: luz fuerte. Hay una mesa y una silla.*

Personajes de la escena:

- √ Gepetto
- √ Cabeza de Pinocho
- √ Parte derecha del cuerpo de Pinocho

- √ Parte izquierda del cuerpo de Pinocho
- √ Chimenea
- √ Cincel
- √ Martillo
- √ El Hada

Gepetto: *Tantos juguetes he hecho... este es especial... es una madera especial. Este muñeco es especial. Me siento emocionado y quiero seguir trabajando*

Hada: *Es una imagen tan bonita que quiero hacerles un regalo.*

Me gusta como está trabajando Gepetto. Voy a hacerle un regalo

(Personaje realizado por Carlos)

La escena finaliza con una escultura y los comentarios de los personajes en la escultura final son:

Chimenea (con alas abiertas): *Soy unas brasas a punto de apagarse, pero siento que voy a renacer.*

Parte izquierda de Pinocho: *A gusto. Me gusta mi cabeza.*

Parte Derecha: *Ilusionado.*

Cabeza: *Muy a gusto. He sentido mucho amor en las manos que me estaban creando.*

Cincel: *Integrado.*

Martillo: *Me he dejado llevar por las manos de Gepetto.*

Gepetto: *Ya se ve cómo va a ser. Ya tiene cara. Qué bonito! Parece de verdad!*

Hada: *Muy tierno. Muy tierno... Mucha ternura, mucho cuidado.*



3:

En el segundo nivel de formación, en el que cada participante había elegido un cuento de los Doce, Carlos eligió Pinocho.

4:

En el segundo nivel de formación, se realiza un trabajo psicodramático de la escena final del cuento de Pinocho, en la que éste yace muerto en la cama, y el Hada le vuelve a dar la vida, esta vez una vida humana verdadera. Pinocho se convierte en un niño de carne y hueso.

5:

Carlos comparte un sueño en el que él dormía en su nueva habitación, y en la que aparecían elementos de la escena dramatizada, del renacimiento de Pinocho. Comenta lo preciosa que le parece su habitación y lo bien que se siente en ella.

6:

Carlos dibuja la gota de sangre, con motivo del trabajo de dibujo creativo llevado a cabo en el Segundo Nivel, con el cuento de La Bella Durmiente.

7:

Carlos me regala este dibujo al final de la formación de Segundo Nivel.

VI: El Psicodrama Simbólico de los Doce Cuentos como una Imaginación Activa estructurada

Partiendo de versiones puras, arquetípicas, que volvemos a rescatar y a dar a conocer al inicio de cada trabajo con cada uno de los doce cuentos, se abre un

proceso de recreación y reconstrucción de los símbolos de los cuentos, tanto individual como grupal.

Así, según la etapa evolutiva, las características, los objetivos y el encuadre de cada grupo, van a cobrar mayor relevancia unos contenidos o imágenes.

Este proceso es tan inagotable como la fuente misma de creación de los símbolos y de los sueños. Nunca hay una repetición. Cada persona se convierte en autor original y reedita los símbolos de una manera profundamente personal y nueva, de la misma manera que cada grupo imprime al proceso de crecimiento grupal un determinado sello. Es como el zapatito de Cenicienta. Sólo es para un pie, no le vale a ningún otro. Es la originalidad y naturaleza única del ser humano prototípico, y al mismo tiempo, de cada individuo. Hablamos de individuación.

Así que este viaje a través de los doce cuentos, puede hacernos transitar por muy diversos parajes y temáticas.

En mi experiencia de más de veinte años, cada grupo y cada persona me han descubierto siempre algo nuevo.

Con el proceso de Carlos, asistimos a la experiencia trascendente de:

√ El encuentro con sus carencias y mutilaciones (sueño de los muñones ensangrentados).

√ La recreación de una nueva persona en el momento solemne en el que Gepetto construye a Pinocho (un muñeco de madera que cobra vida)

√ Un proceso individual y grupal de contacto con los propios contenidos, de integración y de innovación (el largo proceso del viaje iniciático por los Doce

Cuentos y el de su elección de Pinocho en el Segundo Nivel, tiempo en el que tiene lugar un cambio de casa).

√ La escena de la transformación de Pinocho de madera, muerto, en un niño vivo de carne y hueso.

√ El nuevo sueño de Carlos, en el que aparece su habitación actual, ésta presenta semejanzas entre elementos fundamentales de la decoración y la de la escena del renacimiento de Pinocho.

√ El dibujo de la gota de sangre, al que Carlos titula: La sangre da la vida. Es una sangre buena, no la sangre de los muñones mutilados, no la sangre de una herida, sino la sangre que da la vida.

VII: La fuente de creación de sueños

A través de este artículo, hemos puesto en contacto los sueños y los cuentos de hadas.

Hemos tratado de mostrar un proceso en el que, a través de un trabajo profundo con los símbolos arquetípicos de los cuentos de hadas, estos sueños universales permiten la toma de contacto con los sueños personales, posibilitan una reconstrucción y abren la fuente de creación de nuevos sueños, de una nueva visión y de un nuevo nacimiento, es decir de un nuevo guión de vida, que puede recrearse.

Los sueños nocturnos se vivifican por su profunda conjunción con los sueños arquetípicos de los Cuentos de Hadas y se abre una nueva puerta de vida, de integración de lo doloroso, lo dañado, lo rechazado, es decir, de integración de **la sombra**, de individuación. Surge una nueva edición del *Sueño de los sueños*: El Sí Mismo.



BIBLIOGRAFÍA

- Andersen H. C.**, Cuentos completos, Anaya. Madrid, 1989.
- Bettelheim B.**, Psicoanálisis de los cuentos de hadas, Crítica, Barcelona, 1980.
- Gardner, H.**, Inteligencias Múltiples, Ed. Paidós, Buenos Aires, 2008
- Grimm, J. e W.**, Cuentos de niños y del hogar, Anaya, Madrid, 1995.
- Henche Zabala I., Muñoz R.**, “Grupos de dramatización en la escuela: un trabajo didáctico y terapéutico”, in Informaciones psiquiátricas, Primer trimestre 1989, n. 115, Barcelona, 1989.
- Henche Zabala I.**, “Fantasía y creación: un espacio para la reconstrucción psicodramática en la escuela”, in Vínculos, n. 1, Orense, 1990.
- Henche Zabala I.**, “La dramatización como desarrollo de la creatividad y las relaciones de grupo”, in Vínculos, n. 3, Orense, 1991.
- Henche Zabala I.**, Cuentos de hadas: símbolos transculturales, Universidad de la Coruña, 1996.
- Henche Zabala I.**, La educación en valores a través del psicodrama simbólico, Padilla Libros Editores & Libreros, Sevilla, 1998.
- Henche Zabala I.**, La educación en valores a través de los símbolos de los cuentos de hadas, Centros de profesores y recursos de Vallecas y Villarejo de Salvanes. Madrid, 1998.
- Henche Zabala I.**, “El niño, autor y protagonista a través del Psicodrama Simbólico”, in Psicodrama y Salud, XVI Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama, coordinato da Herranz T. , ed. Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2000.
- Henche Zabala I.**, Educar en valores a través de los cuentos, Bonum, Buenos Aires, 2008.
- Henche Zabala I.**, “El viaje del héroe a través de los doce cuentos”, Anamorphosis 7,7:86-92. Ananke, Torino, 2009.
- Henche Zabala I.**, El Psicodrama Simbólico en la infancia y la adolescencia. Estructura y desarrollo”, El Psicodrama Simbólico en educación” y “Psicodrama Simbólico”, in Manual de Formación de la Asociación Española de Psicodrama, coordinado por Filgueira M. ed. Asociación Española de Psicodrama, Madrid, 2009.
- Henche Zabala I.**, “Lo psicodramma delle fiabe: una fonte di creazione dei sogni”, in Il Sogno. Dalla Psicologia Analitica allo Psicodramma Junghiano. A cura di Maurizio Gasseau e Riccardo Bernardini. FrancoAngeli. Psicoterapie. Milano, 2009.

- Jung C.G.** , Los complejos y el inconsciente, Alianza, Madrid, 1974.
- Jung C.G.** , Símbolos de Transformación, Paidós, Barcelona, 1982
- Jung C.G.** , El hombre y sus símbolos, Biblioteca Universal Contemporánea, Barcelona, 1996.
- Madrid J. y Henche I.**, “Cuentos e historias para la educación sexual”, in Loizaga F., ed., Nuevas técnicas didácticas en educación sexual, Mc Graw Hill, Madrid, 2008.
- Menegazzo C.M.**, Magia, Mito y Psicodrama, Paidós, Barcelona, 1981.
- Moreno J.L.**, Psicodrama, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1961
- Perrault C. H.**, Cuentos de antaño. Anaya, Madrid, 1991.
- Población Knappe, P.** , La escena primigenia y el proceso diabólico. II Reunión de la AEP, publicado en Informaciones Psiquiátricas nº 115. Primer Trimestre. Barcelona, 1989.
- Población Knappe, P.** , Sueños y Psicodrama. Vínculos nº 2. Orense, 1991.
- Población Knappe, P.**, La utilización del juego en psicodrama. F.C.E. México, 1997.
- Población Knappe, P. y López Barberá, E.** (1998) Introducción al role-playing pedagógico. Desclée de Brouwer. Bilbao.
- Rodari G.**, Gramática de la fantasía, A. Vergara, Barcelona, 1983.
- Von Franz M.L.** (1990), Símbolos de redención en los cuentos de hadas. Luciérnaga, Barcelona.
- Von Franz M.L.** (1993), Érase una vez... Luciérnaga, Barcelona.
- Von Franz M.L.** (2002), La gata (Un cuento de redención femenina), Paidós, Barcelona.
- Winnicott D. W.**, Realidad y juego., Gedisa, Barcelona, 1979.



Artículos

EL VALLE DEL ASOMBRO: Unas vistas renovadas del Protagonista y del Director

Jose
Antonio
Espina



MD., Psiquiatra, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Profesor Asociado Universidad Valladolid, Psicoterapeuta Individual, Pareja y Grupo, Supervisor Psicodramático.

<https://www.joseaespina.es>

jaespina@med.uva.es; jaespina@saludcastillayleon.es

Resumen

Se parte de la obra teatral de Peter Brook, “El valle del Asombro”, que investiga de forma psicodramática la mente humana y de “La Conferencia de los Pájaros” de Farid ud-din Attar, poeta persa y sufí medieval, que simboliza la vida y sobre todo el proceso psicoterapéutico, para alumbrar una nueva visión del Protagonista y del Director Psicodramático que, partiendo de Moreno, aporta la visión del mundo en proceso de cambio, donde las relaciones se encuentran en continua transformación.

Summary

“The Valley of Astonishment”, Peter Brook’s theater work, investigate, like a psychodrama, the human mind and “The Bird’s Conference”, Farid ud-din Attar’s book, Persian poet and medieval sufi, which symbolizes the life and specially psychotherapeutic process are considered to offer a new vision of the Protagonist and the Psychodrama Director who, starting from Moreno, provides a new vision of the world in process of change, where relationships are in continuous transformation.

Palabras Clave

- › Protagonista
- › Psicodrama
- › Director Psicodramático
- › Teatro

Key Words

- › Protagonist
- › Psychodrama
- › Psychodrama Director
- › Theater



INTRODUCCION

Se parte de la obra teatral de Peter Brook, especialmente “El valle del Asombro”, que investiga de forma psicodramática la mente humana y de “La Conferencia de los Pájaros” de Farid ud-din Attar, que simboliza la vida y sobre todo el proceso psicoterapéutico.

Dichas obras inspiran unas reflexiones en torno al teatro y al psicodrama. El argumento de “La Conferencia de los Pájaros” se desarrolla simbólicamente para reflexionar sobre el proceso terapéutico, especialmente sobre los cambios renovados en el rol del Protagonista y del Director Psicodramático. Para ello se seguirán los siete valles del viaje a la búsqueda de conocimiento como el hilo conductor del desarrollo psicoterapéutico y se ilustrarán con varios ejemplos clínicos, concluyendo con uno que resuma la psicoterapia como un viaje.

1. DEL TEATRO CLÁSICO AL ESPACIO VACÍO

Peter Brook (Londres, 1925), es uno de los más grandes dramaturgos vivos. Comenzó como director de la Royal Shakespeare Company en los años sesenta del siglo pasado. La maquinaria teatral, la música, el vestuario y la puesta en escena, trataban de hacer más verídicos, lo que siempre es imaginario. El actor no tenía primacía; era la puesta en escena, la que otorgaba una espectacularidad que oscurecía la representación. Ésta se plegaba a la forma, expresión corporal y verbal, y se olvidaba el fondo, entendiéndose que lo profundo son las emociones que se transmiten.

Recuerdo que estando en Nápoles, asistí al milagro anual de la licuefacción

de la sangre de San Genaro. La iglesia no sobresalía sobre los cientos que se encuentran en la degradada ciudad vieja. Una vez en el interior, la atmósfera no podía ser más intensa. Los ojos brillantes de los creyentes, que se agolpaban para tocar la ampolla mágica, denotaban un momento muy especial. El sacerdote, con hábitos festivos que resaltaban el prodigio, agitaba la ampolla que contiene la sangre licuada de San Genaro, lo que aumentaba la tensión emocional. Los fieles, emocionados, trataban de llegar a ella para tocarla y besarla, volviendo con los ojos iluminados tras presenciar el prodigio, que sucede todos los años desde hace cientos.

Y escribo esto, porque Peter Brook presencié fenómenos semejantes en los ritos tribales o populares de África y la India.

Se dio cuenta que lo importante era el rito sagrado y no tanto la forma, los ropajes o el escenario. En el pueblo más recóndito, encontraba una representación popular que estaba llena de vida y conmovía a los espectadores.

Lo de menos eran las palabras, los hábitos o el lugar, lo importante era la intensidad dramática.

De hecho representó con su compañía, obras clásicas adaptadas a un lenguaje universal, que transmitía lo esencial del drama y su realidad emocional; no importaba la barrera del idioma, ni las diferencias en costumbres o culturas, si lograba llegar al alma de los espectadores.

Poco a poco se desprendió de lo innecesario y comenzó a teorizar y practicar su teoría del Espacio Vacío, que se llena de intensidad emocional.

Para ello, nada mejor que representar las emociones universales, pero no sólo las básicas, Alegría, Tristeza, Miedo y Rabia, sino todas aquellas que implican aspectos relacionales (Nusbaum, 2008), como Aflicción, Temor, Amor, Alegría, Esperanza, Ira, Gratitude, Odio, Envidia, Celos, Compasión y Culpa.

Ese espacio vacío se llena de vida gracias a la interpretación del actor.

“El director trabaja y escucha, y ayuda a los actores a trabajar y escuchar. Esta es la guía.”

“Un proceso cambiante no es un proceso de confusión, sino de crecimiento.”

“Una buena representación teatral precisa del actor: cuerpo, sangre y realidad emocional. Igual que la psicoterapia. Se busca la perfecta armonía: las relaciones entre el actor y su mundo interno, entre el actor y sus compañeros, y entre el actor y el público”. (BROOK, 1991)

Estas frases resumen las íntimas relaciones entre teatro y psicoterapia, específicamente con el psicodrama.

Abandona las convenciones del teatro clásico y se entrega al teatro sagrado. Escoge representar “El Mahabharata” en 1987, la epopeya más antigua del mundo, el poema épico más largo de la historia, más aún que la Biblia o las obras completas de Shakespeare, que cuenta la rivalidad entre dos grupos de primos, los 5 hijos del rey Pandu o ‘pandavas’ y los 100 hijos del hermano de Pandu, los ‘kauravas’.

Son historias de guerra y lucha entre el bien y el mal, de confrontación por la tierra, de amor, traición y venganza, de sabios, dioses y demonios.

Al director no le asustó su larga duración, 7 horas, que fue un éxito de público y se estrenó en el Festival Internacional de Teatro de Avignon. Como curiosidad se destaca, que el estreno en España, fue presenciado por la esposa del Presidente del Gobierno de entonces y 2 ministros, lo que muestra la fuerza de la cultura en la época de la Transición Española.

2. CUANDO LA MENTE SE REFLEJA EN EL ESCENARIO

Arthur Schnitzler era un colega de Sigmund Freud, que en lugar de la psiquiatría se dedicó a la dramaturgia. Pudo vivir del teatro y sus obras se representaban en el Hoftheater de Viena, lo que no impidió que jugara un papel importante en el Teatro de la Espontaneidad. Fue uno de los fundadores, junto con Mahler, del Festival de verano de Salzburgo. Revolucionó la Escena con “La Ronda” (1896), una obra que sigue la vida de diferentes personas que tienen encuentros casuales, los cuales motivan el cambio de foco de la representación pasando de una escena a otra, siendo el eje inspirador de grandes películas de la actualidad.

El creador del psicoanálisis se admiraba de que Schnitzler representara en el teatro con aparente facilidad, lo que a él le costaba descubrir tras largas sesiones clínicas y muchas horas de estudio.

Introdujo el monólogo psíquico teatral, y describió maravillosamente la histeria en “La Señorita Else” (1924) y expuso las fantasías del sueño en “Relato Soñado” (1925), novela cuyo argumento fue la última película de Stanley Kubrick, “Eyes wide shut” (1999) y que muestra los límites difuminados entre fantasía y realidad.



Schnitzler da el paso del psicoanálisis al teatro, y Brook hace el camino inverso, del teatro a la mente humana.

En 1993, Brook representó “El hombre que confundió a su mujer con un sombrero”, que se basa en la obra del neurólogo, Oliver Sacks. El autor de “Despertares”, describe el influjo de la farmacología en el Parkinson, e indaga en la mente humana con estas 24 historias clínicas, que van desde la *Prosopagnosia* o incapacidad para reconocer caras conocidas, enfermedad que se corresponde con el título de la obra representada, a la ausencia de reconocimiento de su cuerpo, pasando por ataques epilépticos con reminiscencias del pasado, etc.

Estudia la memoria infinita en “Yo soy un fenómeno” (1998).

En 2014 estrena “El valle del Asombro”, historias sobre la Sinestesia, asociación entre distintos canales sensoriales, donde más allá de los fenómenos observados, se recrea en las vivencias de los protagonistas, su sufrimiento por esas características y su actitud ambivalente ante ellas, y la ineficiencia del tratamiento de los neurocientíficos, que creen aliviarles con propuestas originales, que éstos aceptan, más por compasión, que por lo acertado de las mismas. Así sucede cuando una protagonista, afectada de una memoria infinita con asociaciones de escenas de su vida, expresa su agobio porque fruto de las exhibiciones teatrales se le agotan las escenas biográficas a asociar a listines telefónicos, libros, etc. Su malestar deviene de la asociación indeleble del objeto a memorizar a una escena de su vida. A los terapeutas se les ocurre la feliz idea de asociar lo recordado que a números, que son infinitos. Ella comenta que es una magnífica sugerencia, ellos tan satisfechos, pero la protagonista

siente que no han logrado liberarla de su malestar inicial que es el desasosiego que le produce esa íntima conexión que no le permite disfrutar.

3. LA PSICOTERAPIA COMO UN VIAJE: EL COLOQUIO DE LOS PÁJAROS

El conocimiento de uno mismo es un viaje imaginario hacia el mundo emocional. Las emociones se conforman durante la biografía del sujeto, luego el viaje partirá de su origen, y seguirá con su desarrollo y evolución.

La Psicoterapia se asemeja a un viaje imaginario que busca aliviar el sufrimiento y/o encontrar respuestas a las preguntas existenciales.

“El Coloquio de los Pájaros”, libro medieval, del perfumista, poeta y filósofo iraní, Farid ud din Attar, invita a la búsqueda de respuestas en una obra simbólica, que expresa la vida entera, sus ciclos evolutivos, pero también la situación mundial y a nivel personal, la psicoterapia, objeto de este trabajo y cuyo comienzo se resume así:

“Cuando el poeta Attar despertó una mañana, después de un sueño intranquilo, se dio cuenta de que se había convertido en un pájaro abubilla. Su mundo estaba en crisis. Anarquía, descontento, agitaciones. Guerras desesperadas por el agua, la comida y el territorio. El aire emponzoñado. La tristeza. Él quería encontrar una solución, así que reunió a todos los pájaros del mundo.

Escúchenme: Sé de un rey que tiene todas las respuestas. Debemos emprender el vuelo para encontrarlo. El rey es el El Pájaro Supremo, Simorg, Dios, El Conocimiento, La Felicidad”.

En el libro, cada pájaro se presenta de forma distinta. Muchos vienen inseguros, otros temerosos del viaje, les hay débiles sin fuerzas, los desesperados que no creen en nada, algunos indecisos, los que gozan con su neurosis y no desean ir más allá, los vanidosos que creen que nadie va a poder ayudarles, los avariciosos que quieren todo para ellos. Algunos disfrutan del placer de su forma de funcionar y no quieren aventuras de fin desconocido, a otros el miedo a la muerte hace que no deseen emprender un viaje cuyo destino y duración no está determinado. Los hipócritas que dicen ir, pero ante cualquier contratiempo abandonan. La abubilla (terapeuta) los escuchará, sabiendo de antemano que no emprenderán el viaje.

Otros tratan de ser complacientes con la abubilla, o se muestran fieles o exhiben su fuerza. Los que se muestran decididos. Los sinceros exponen sus miedos, pero también su deseo de realizarlo. Hay quienes valientemente se alistán. Algunos son locuaces, otros silenciosos. Y finalmente están los peregrinos, que disfrutan con el desplazamiento. Todos estos serán buenos compañeros de viaje, aunque no todos llegarán a la meta.

Simbólicamente, la Abubilla representa al terapeuta, el viaje, a la psicoterapia y los pájaros, las personas a tratar. Saber elegirlos será el arte del psicoterapeuta, y su compañía hará más o menos penoso su trayecto, que está lleno de obstáculos, resultando apasionante para el que lo inicia y también para quien acompaña, sobre todo cuando se observan las diferencias desde el comienzo al final del viaje.

4. DEL DIRECTOR TEATRAL AL DIRECTOR PSICODRAMÁTICO

El Director teatral escoge la obra a representar, se coordina con el escenógrafo y dirige a los actores, cuando no hay director de Escena. En suma, realiza y coordina la obra a representar.

Es la mente organizadora que planifica la obra, su desarrollo y los momentos dramáticos.

Brook se dio cuenta, que este papel omnipotente y toda la parafernalia teatral, no era esencial para que surjan los sentimientos en los espectadores.

Lo importante no es la escena, ni la maquinaria teatral; lo esencial es la representación de los actores, su expresión corporal y la manera de declamar el texto. El ambiente lo crea la música, que suele ser en directo. El escenario es un espacio vacío donde la vida viene dada por la representación de los actores. Unos pocos muebles y el mínimo vestuario posible son suficientes. La "vida" es la representación que consiste en una traslación de las emociones de los actores al público.

El Psicodrama nació del Teatro y, en los comienzos, el Director Teatral tenía ese papel protagonista en la acción. A diferencia del Teatro Convencional, el Director Psicodramático aparece en la escena y su intervención tiene un papel principal en la representación. Los actores están a su servicio y las luces y el mobiliario se utilizan para aumentar la tensión dramática. A veces la música, en directo o grabada, también ayuda.



Parece que no hay muchas diferencias entre el Director Teatral y Psicodramático. Sin embargo en Psicodrama, el guión lo suele elegir, aunque no siempre, el Protagonista o el Público. Es improvisado y no predeterminado, se crea mientras se desarrolla la acción. El Público a veces interviene y se encadenan nuevas escenas, desde diferentes puntos de vista, produciéndose la multiplicación dramática.

Al comienzo, de manera verbal o mediante la realización de una serie de ejercicios grupales, se lleva a cabo un caldeamiento inespecífico o específico de los actores que van a intervenir en la acción. Al final hay un coloquio grupal, donde el público expone sus emociones y acompaña de esta manera al Protagonista que ha expuesto su intimidad. Los actores no suelen ser profesionales sino miembros del grupo que, generalmente, son elegidos por el Protagonista.

Sin embargo, todavía predomina la autoridad del Director, que es el que sabe, y dirige al Protagonista hacia lo que más le conviene para recuperar su salud.

5. DEL DIRECTOR PATERNALISTA AL SERVIDOR DEL PROTAGONISTA

Esta visión del Director concuerda con la medicina paternalista en la que todo se hace por el bien del enfermo. Éste se somete a su autoridad, porque así alcanzará su salud.

La Psicoterapia ha mantenido esta visión durante mucho tiempo. La más extrema la posee el Psicoanálisis, donde el “saber” pertenece al Terapeuta, que se sitúa fuera de la vista del analizado, desvelando,

por medio de la Asociación Libre, sus conflictos inconscientes. Ese lugar de “supuesto saber”, otorga al analista una dimensión sobrehumana que aumenta la dependencia del analizado.

Pero la realidad clínica es otra. Lo acertado de la interpretación no corresponde al analista, sino a la reacción del analizado, que “sabe” de su inconsciente. En el proceder usual de la clínica psicoanalítica, no se destaca el papel tan importante y activo de la persona que se somete a análisis.

Casi todas las psicoterapias derivadas del análisis o no, otorgan una dimensión central al terapeuta, cuya sabiduría y técnica son las que van a proporcionar la recuperación. Con la evolución de las psicoterapias, se ha ido pasando de centrarlas en el terapeuta a hacerlo en el paciente o cliente.

El Psicodrama bebe también del modelo paternalista y con la sobreexposición del Director, aún más. De hecho las psicoterapias clásicas, le acusan de intervenir muy activamente e incluso de manipular al Protagonista.

En el Psicodrama Triádico se combina Psicodrama, Gestalt y Sistémica. En este modelo, el Papel del Director es el del profesional que se pone al servicio del Protagonista. Éste y el Grupo de donde proviene, son las auténticas estrellas de la representación. La Escena representada atañe al Protagonista, al Grupo y al Momento Social en que se vive.

Más que un lugar prominente, el Director está en un segundo plano, lo que contraría el narcisismo de muchos psicodramatistas. Sin embargo, lo más interesante, es la actitud de servicio, ya

que no es el interés del terapeuta, sino del grupo, lo que prevalece. Este cambio es sumamente relevante, ya que la escucha se centra en el Grupo y en el Protagonista, cuya escena atañe al grupo.

6. LA COCREACIÓN QUE ASOMBRA

El acto creativo que se realiza entre el Terapeuta y Protagonista, precisa de su acoplamiento y sucede cuando ambos se encuentran en sintonía. Tras un buen caldeamiento inespecífico y específico de ambos, surge una sinergia en la acción, que suele contagiar a los espectadores. Estos momentos creativos transcurren en las diferentes fases de la terapia

En el Coloquio de los pájaros (2002), la Abubilla entrevista a muchos candidatos al viaje, pero sólo unos cuantos serán los elegidos.

Cuando inician el Viaje (Terapia) hacia el Simorg (Recuperación), tienen que atravesar siete valles con nombre propio: 1-Búsqueda, 2-Amor, 3-Entendimiento, 4-Separación, 5-Unidad, 6-Asombro y 7-Privación y Muerte. Por dichos Valles transcurre la terapia y son los hitos principales del viaje

En el Valle de la Búsqueda (1) abandonan los inseguros, indecisos sobre la forma de hacer el viaje, sobre el modelo de psicoterapia a realizar, y además se encuentran dudosos acerca de los objetivos a alcanzar durante la misma. El Terapeuta escucha y sugiere, pero si el candidato no encuentra sentido, acaba por abandonar.

Se suele comenzar por aspirar a cosas

externas, tras mantener el locus de control externo, se acaba descubriendo que la felicidad se encuentra en nuestro interior. Sólo la aceptación de las capacidades y limitaciones, permiten transformar nuestra existencia. Para ello es necesario un cambio de actitud ante lo que sucede, una reestructuración cognitiva y emocional frente a ello, como paso previo a una respuesta innovadora y apropiada. Esta indagación, de fuera adentro, se hace tras superar numerosos escollos, entre otros, la palabra “imposible”, “cuando me quieran seré feliz”, “cuando dejen de hacerme daño me sentiré bien”, “cuando me traten bien me recuperaré”,.....

Definir la búsqueda es un buen comienzo, pero si en la relación terapéutica no surge el Valle del Amor (2) nada se puede hacer.

Este sentimiento es el eje y motor del viaje.

El Amor en la terapia, debe pasar los vaivenes del enamoramiento, donde ambos creen ser uno y no hay diferencias entre Terapeuta y Actor, (así se denomina a los pacientes en la Ley Básica de la Autonomía del Paciente 41/2002). En el Amor, ambos se quieren como seres diferentes e independientes, donde uno, presta su técnica al servicio del otro, para que éste alivie o resuelva lo que le hace sufrir. Este Acoplamiento amoroso dará frutos a esa alianza terapéutica. Ambos se complementan y catalizan y el desarrollo terapéutico sucede de forma vertiginosa.

Entonces aflora El Valle Entendimiento (3) donde bastan pocos gestos para que se evolucione hacia un grado mayor de profundidad y comprensión.



7. CUANDO EL PROTAGONISTA ESCRIBE EL GUIÓN DE SU VIDA

Sin embargo, esta diada debe separarse para diferenciarse y permitir crecer a cada uno por un lado. Lo que puede verse como una pérdida, en realidad diferencia dos formas de afrontar la realidad. El Valle de la Separación (4) entre Terapeuta y Paciente, marca unas diferencias entre ambos que son necesarias para que la Alianza de Trabajo continúe. El primero, pone su saber y su técnica al servicio del otro, y el segundo, único responsable de su vida, la forma de sobrellevarla, y la actitud ante la misma, para convertirse en el autor de su propia historia y adquirir un auténtico rol protagónico.

Sin embargo una buena obra no es nada sino se representa. Esta representación precisa de la colaboración imprescindible del Director de Escena. El Director sabe cómo llevar la dirección escénica, pero el que conoce realmente lo que le sucede, es el Actor-Protagonista. Una buena manera es preguntar por las soluciones: ¿Cómo sería su vida sin el problema? Representar ésta en la escena, y proseguir en la realidad, constituyen una vía regia para su solución. Profundizar en las diferencias y en la autoría de las mismas, estimula al autor a apropiarse de su historia. Entonces ya no es el destino, los demás, o el inconsciente; uno mismo es el autor y actor principal.

Cuando esto ocurre se alcanza el Valle de la Unidad (5) que es funcional y dramática. La representación adquiere profundidad emocional y conmueve al público, lo que eleva su grado terapéutico, que se muestra al compartir las emociones surgidas. Es entonces cuando el climax

emocional se muestra. Los aspectos coinconscientes surgen y se vive una atmósfera que parece mágica.

En un Taller sobre los sueños que clausuraba un Congreso de Psicodrama en Portugal, la Protagonista representa un sueño en el que aparecen sus deseos reprimidos de maternidad. Está en la cama con su marido y se levanta al frigorífico donde se encuentran almacenados unos bebés recién nacidos muertos. Llevaba una música vienesa para una Conferencia sobre “Moreno y sus mujeres”, que no se dio por falta de tiempo, entre las músicas se encontraban los Kindertonten Lieder (Canciones para los niños muertos) de Mahler, que fue el fondo musical de la escena. La representación conmovió profundamente al auditorio, casi 200 personas, de manera que algunos pudieron expresar acerca de abortos y otras escenas muy dolorosas de su vida personal. Este final triste tuvo un corolario feliz, ya que se clausuró el Congreso bailando vales vieneses que se encontraban en el archivo musical que había preparado.

8. CUANDO EL DIRECTOR ACOMPAÑA AL PROTAGONISTA EN LA ACCIÓN

En El Valle del Asombro (6) la unidad funcional (Protagonista – Director Psicodramático) se sorprende por la capacidad creativa alcanzada. Una persona que vivía en una permanente Comisión de Servicio hizo una Proyección al futuro, 5, 15, 25 años después y experimentó en la escena su vida futura, entonces tiene claro su proyecto

de vida y lo realiza. Hoy es una gran psicodramatista que trabaja con Teatro Espontáneo.

Una mujer, delegada comercial, representa con su cuerpo, mediante una escultura, sus altibajos emocionales, experimenta su refugio en un lugar seguro y exterioriza su mundo interno y sus deseos por medio de muñecos que representa su átomo social. Busca un nuevo embarazo y, después del alta, remite a su marido con ansiedad crónica.

Un profesional liberal, de reconocido prestigio y profesor universitario, curtido en terapias analíticas, viene a consulta porque en los próximos dos años va a reducir su negocio drásticamente por la crisis económica, su mujer hace 4 años que quiere separarse y su madre sufre un cáncer; además le horrorizan los cambios y no le gusta envejecer, lo que fue motivo de psicoterapia analítica durante varios años. Empieza por afrontar la pérdida del negocio, luego la de su madre y finalmente la del matrimonio, con una entereza que le asombra y que era impensable antes de la crisis. De hecho hace viajes académicos a Asia, acepta ser profesor visitante en una universidad extranjera, todo ello a pesar de su fobia a los viajes y a estar fuera de casa. En el proceso usa el psicodrama y los dibujos como claves de su transformación.

Una joven complejada con su físico representa una maximización de sus complejos y comienza a aceptarse a sí misma. Surge el afecto y mantiene varias relaciones afectivas, la última de maltrato psíquico y, a pesar de éste, logra salir indemne de la misma.

A veces las cosas parecen menos espectaculares pero no menos saludables. Un joven, criado por una tía paterna muy dominante que le asfixia con sus constantes demandas, exigencias, manipulaciones y chantaje afectivo. Exterioriza sus sentimientos, representa a su tía como un burro lo que le permite un acercamiento menos ansioso y comenzar a distanciarse de una relación tan tóxica.

Una madre representa su familia mediante diversos animales, ella se ve como una cacaúta que sobrevuela sobre el zoo familiar. Cuando hace de ave, elige el burro, la tortuga y la gata como su marido, hijo e hija respectivamente. Juega con ese zoo imaginario y su perspectiva es diferente, se siente menos oprimida. Ellos son como son, de nada vale esperar que cambien. El bienestar de ella depende de la altura y distancia de su vuelo. Poco a poco mejora de la depresión persistente en la que naufragaba y finaliza la psicoterapia.

Una mujer, pinche de cocina, agobiada por las voces, alucinaciones, que le invaden en el trabajo, comienza a representarlas en la escena, juega con ellas y desaparece su opresión, sin modificar su tratamiento psicofarmacológico.

Un joven esquizofrénico paranoide se encuentra abrumado por voces que le dicen, “lo que tiene que hacer”, “a veces le echan de casa”, otras que “él es malo”, etc. La representación de las mismas da lugar a una cierta modificación y control, de manera que se permite escuchar las que le hacen sentir bien y seguir adelante cuando son las que le incomodan.

Una persona con un Trastorno Paranoide de referencia y perjuicio expresa su



opresión como un muro humano, el complot, que lo paraliza. Esto le permite vislumbrar alguna salida.

Una mujer soltera, con problemas de relación con 2 hermanos, afronta un diálogo imaginario con ellos y se despierta en ella el afecto. Poco a poco retoma la comunicación y se siente muy querida por ambos.

Si se sigue el viaje se llega al Valle de la Privación y la Muerte (7) último valle antes de llegar a la meta. Un hombre de 50 años, empresario de material de construcción de clase acomodada, ve como la crisis le deja sin posesiones y sin familia. Su mujer le deja y sus hijos buscan trabajos de supervivencia. Arruinado, vive con su anciana madre. Su evolución se describe más adelante.

Una mujer pierde un hijo preadolescente afectado de una enfermedad genética. Es el pequeño de dos hermanos, decide adoptar otro. La ambivalencia y el sentimiento de culpa le impiden realizar el duelo. Comienza a sentir ataques de pánico. Se le aporta psicoterapia individual psicoanalítica y tratamiento psicofarmacológico. Tras varios años mejora, pero no lo suficiente. Se deriva a Psicodrama Grupal semanal de 2h. Comienza exponiendo la relación con su padre, que era representante, viajaba mucho, apenas daba el sustento a su madre porque tenía doble vida y doble familia, que ella descubrió en la adolescencia y motivo la separación. A pesar de estas carencias, termina derecho y trabaja en un banco. Aunque su hijo murió hace 16 años, todavía conserva un retrato en una cadena al cuello que nunca se ha quitado. Expone sus sentimientos de dolor ante el duelo irresuelto, el placer de haber disfrutado de la corta vida

de su hijo y la culpa ambivalente por la enfermedad genética, desconocida para ellos antes de su nacimiento. Cuando ventila estas emociones se recupera del duelo y se quita la cadena, símbolo de que el duelo se ha acabado. Se dedica a su marido y 2 hijos, natural y adoptado. Cuando surgen los problemas con ambos, el natural un problema judicial grave y el adoptado escolar y afectivo, parece que va a derrumbarse. En una escena muy significativa hace cuerpo su necesidad de controlar todo, abarcar y proteger a toda su familia para evitar el vacío e integra esto con su neurosis. Poco a poco afronta su miedo a viajar sola, va a ver a uno de sus hijos al extranjero, aborda la pérdida del empleo con la crisis y reinventa una nueva profesión relacionada con el derecho, que siempre soñó ejercer, que le va muy bien. Además recibe un jugosa indemnización al haberse ido voluntariamente del banco, antes de la debacle económica. Tras su evolución en Psicodrama se le da el alta y lleva varios años estabilizada, sin haber vuelto a recaer en las crisis de pánico que tanto le hicieron sufrir. Es otro ejemplo del Psicodrama como pase de la relación analítica a la vida cotidiana.

Un hombre de 50 años pierde a su mujer y sus tres hijos, dos varones y una niña, la pequeña, en accidente de tráfico en el extranjero: conducía el hijo mayor. Él no fue a ese viaje por motivos de trabajo. Era poco antes de las Navidades. Cumplidos los 50 años, de repente, se queda sin familia. Me busca por haber sido compañero de colegio, sin saber mi especialización con duelos. Es un hombre alto, sano, sociable, deportista, aficionado a la naturaleza y las motos e hijo de un Guardia Civil, cuerpo con el que mantiene un estrecho contacto. Acude destrozado por el drama que está

viviendo. Pocos meses después muere su suegro, que no pudo aguantar su dolor. Se pregunta constantemente por qué no fue él. De los 4 seres queridos perdidos, el que más le duele es el hijo del medio, no quería ir y él le animó. Comenzamos por representar el encuentro con éste, donde expresa sus sentimientos hasta que puede ir organizando la despedida. Era tal su sufrimiento que al principio fue necesario añadir una medicación. Como el hijo era también aficionado a las motos, comienza a salir con una de él, recién comprada. Los amigos Guardia Civiles le acompañan y le llevan de ruta por el Desierto del Sahara. Poco a poco se recupera, la amiga íntima de su madre le consuela y acaban saliendo juntos, ella estaba separada y con 2 hijos, que trata con afecto y mesura, de manera que le admiran y piden consejo, sin dejar de tener sentimientos afectivos por su padre, con el que también se relacionan. Mejora progresivamente hasta que se le da el alta, en este tiempo presencié como un amigo Guardia Civil moría en accidente de moto en Gredos. Durante la terapia, en la que también trabajó la despedida de su mujer e hija, descubre que él sobrevivió porque era el único que iba a poder aguantar tanto dolor, su mujer le decía que ella no podía soportar la muerte de sus hijos, pero él sí. Cuando su segunda mujer e hijastro tuvieron dificultades, no dudó en derivarlos a tratamiento.

9. ¿DÓNDE SE ENCUENTRA LA SUGESTIÓN Y LA TRANSFERENCIA EN ESTA POSICIÓN?

En la terapia psicodramática lo que se tratan son las emociones. El itinerario

lo eligen los Protagonista, el Director acompaña siempre, pero no es el guía. Ofrece alternativas para que el Protagonista elija, pero él es el responsable de su propia historia.

Ir a su lado es una experiencia fascinante que muchas veces llega al Asombro. Sin embargo lo interesante, donde se aprende de la vida, es en el trayecto, no en la meta. Es cierto que el Director escucha el relato y lo asocia con Escenas a representar; pero el que elige es el Protagonista. Ese pensamiento en escenas (ESPINA BARRIO J.A., 1995) permite introducir diversas técnicas, como concreción, externalización, maximización, interpolación de resistencias, proyección al futuro, soliloquio, doble, espejo, etc. Estas técnicas son catalizadores de la acción o emoción, pero de lo que no se de cuenta el Protagonista, poco sirve que el Director lo interprete. Es la acción la que permite una catarsis integradora y no meramente abreactiva. También ayuda a profundizar en las emociones de las que surgen acciones diferentes que hacen sentirse mejor.

Por lo tanto, la sugestión no tiene cabida en este proceso centrado en el Protagonista que percibe directamente su avance. La Unidad Funcional actúa como un equipo que va desgranando el proceso dramático personal que da lugar a la evolución personal y los cambios pertinentes.

Se suele fomentar la Alianza de Trabajo para conseguir un resultado óptimo. No se trabaja la Transferencia, mientras esta no distorsione el proceso terapéutico. Cuando afecta a la Alianza de Trabajo, entonces si se tratan los fenómenos transferenciales,



para que la unidad funcional prosiga su trabajo sin distorsiones trasferenciales, ni fisuras que entorpezcan el proceso terapéutico.

La figura egregia del Director Psicodramático se encuentra minimizada por su posición al servicio del Protagonista, el cual tiene el papel principal. No es sólo una Psicoterapia centrada en el cliente, es que él es autónomo y las intervenciones resaltan y amplifican dicha capacidad.

Por lo tanto la distorsión transferencial no suele ocurrir. La figura del Terapeuta, sin dejar de ser relevante y disimétrica, tiene menos distancia con el Protagonista, el cual tiene un papel activo en su sanación.

No es la transferencia la que cura, es la asunción de su propio poder y valer lo que permite alcanzar mayores cotas de bienestar.

Para ello hay que disminuir la dependencia del terapeuta, éste debe achacar todo el progreso al paciente y su papel es amplificar lo más posibles sus cualidades, lo que se conoce como connotación positiva.

De esta manera las terapias se acortan, el cambio se produce dentro y fuera de la sesión y los progresos son siempre responsabilidad del Protagonista. Este fortalecimiento del Yo, no sólo afianza la recuperación también previene las recaídas, y si ocurren se poseen los recursos suficientes para recuperarse, sin tener que volver a depender del profesional.

10. LLEGADOS A LA CUMBRE, ¿QUE ES MÁS IMPORTANTE EL ESFUERZO O LAS VISTAS?

Hay algunas intervenciones conductuales que marcan las diferencias perceptivas entre terapeuta y paciente, por ejemplo:

“METÁFORA “LAS DOS MONTAÑAS”

(Adaptación de la metáfora de los dos escaladores de Wilson y Luciano, 2002)

El proceso de terapia será similar escalar una montaña. Imagínate que estás escalando dicha montaña, te esfuerzas en ello y cuando miras hacia arriba ves una parte del camino. Yo escalaré una montaña paralela, que está al lado de la tuya y mi papel es decirte lo que yo veo desde mi perspectiva, desde el camino que estoy recorriendo. Será una perspectiva diferente, observaré cosas diferentes y te lo diré, ni mejores ni peores, únicamente te haré saber lo que yo veo. Y ello será diferente a lo que tú estás percibiendo desde tu posición”.

Esta metáfora tiene un error conceptual, el terapeuta no escala una montaña paralela sino que va en la misma cordada. Su diferencia no es de visión, sino de perspectiva. La psicoterapia no es un proceso, sino un desarrollo experiencial y emocional. De nada vale que tire hacia la cima, si el Protagonista no le acompaña. De poco sirve que advierta de los obstáculos si el otro no los ve. Su finalidad es mostrarlos para que los supere, si ese es su objetivo. El paciente tiende a verlo como un proceso, que ocurre de repente, sin explicación alguna; a veces lo sitúa en el exterior, lo que retarda

extraordinariamente la recuperación, ya que sólo se cambia lo que depende de uno, no lo que depende de los demás. Son nuestras actitudes ante lo que nos hace sufrir, lo que se puede cambiar, no los hechos o el exterior. Cuando se alcanza el locus de control interno, comienza una transformación exitosa.

La tarea del Director es acompañar al Protagonista en el viaje, hasta donde quiera llegar. A menudo en una psicoterapia no se atraviesan todos los valles. El guía no debe presionar para ello. Cada persona decide hasta donde quiere llegar.

¿Ha fracasado si no finaliza el viaje? No, lo importante es el paisaje de los diferentes valles y lo que aportan a nuestras vidas. Comenzamos buscando, se requiere entonces curiosidad, abierta a nuevas visiones; ya que no se cambia la realidad sino nuestra forma de percibirla. Hay miedos que cada vez que se afrontan, fortalecen. Lo interesante es el desarrollo de la búsqueda, no los logros en sí. Cuando el empresario de la construcción arruinado, que se ha comentado en el Apartado 8 en el Valle de la Privación y la Muerte (7), comienza una búsqueda social encuentra una web para salir, pero también una reinvencción de su vida, una preparación a otras profesiones, que acaban saliendo. Fue especialmente satisfactoria la nueva visión de sí mismo, de los restos de su familia y de su madre. Promovió un mayor apoyo emocional con los hijos y una comprensión del sufrimiento que todos tuvieron que pasar. Lo que permitió este pasaje fue el Amor, elaboró sus relaciones con una honestidad impresionante, tanto con su mujer, a la que pide perdón y acepta su

deriva actual, como con sus hijos, acepta su distancia sin reproches y se disculpa con sus acreedores a los que, arruinado como está, nunca podrá pagar. El afecto no vale sólo para esta perspectiva, es necesario el Entendimiento de lo que cada uno siente. Respetar y tolerar las diferencias. Pero no hay que confundirse con ellos, estamos Separados los unos de los otros, somos distintos y tenemos derecho a expresarnos y aceptar las distinciones. En su grupo de terapia todos se escuchaban y respetaban, a pesar de las edades, más de 50 de él y 18 ó 20 de varios estudiantes. Sin embargo la atmósfera de acogida sobrepasaba las diferencias generacionales. Había una cohesión grupal donde los problemas de su matrimonio en disolución suyos venían bien a las relaciones de pareja de los jóvenes. En que los problemas juveniles le recordaban los de sus hijos, lo que contribuía a representar sus errores y cambiar su relación actual. Todo ello en una espiral de crecimiento continuo (ESPINA BARRIO, 1995). Entonces surge el Asombro, su vida empieza a tener otro color. Dejó el alcohol hace tiempo, pero su discurso depresivo cambia de tono. Disfrutaba lo que sus hijos le dan, es voluntario en la ONCE para leer a personas ciegas, hace cursos de empleo y su vida se va llenando aceptando la separación y disfrutando con su madre anciana. Hasta que llega un trabajo lejos de la ciudad y deja el grupo, agradeciendo su apoyo. Es el momento de la Privación y la Muerte que implica un renacimiento de su vida.

Con este ejemplo se muestra el proceso de terapia y el viaje por los siete valles que siempre se da de un modo u otro, muchas veces con Asombro.



Pero ¿Qué hay al final del viaje?

Volvamos al cuento original: De los cientos de pájaros que iniciaron el viaje, sólo llegaron 30. Todos se preguntaron qué dirían al Simurg o lo que éste contestaría. Les llevaron a un gran salón con una cortina al fondo. Cuando todos estuvieron ante ella, se desplegó y apareció el Pájaro Supremo, que era un gran espejo donde se reflejaban sus figuras. Este es el fin de la terapia, cuando uno se descubre como el dios de sí mismo y por lo tanto el hacedor de su propia historia.

Se ha pasado del Terapeuta sabio que descubre lo desconocido, al guía que

acompaña y está a su lado, pero deja el protagonismo al actor que no en vano se denomina así, Protagonista,

El Director Psicodramático, lejos de sentir su narcisismo herido, tiene la satisfacción de ver como el Actor comienza a apropiarse de su historia y reescribirla de manera que su sufrimiento desaparece y su yo se fortalece con sus actos.

Con esto se finaliza una visión renovada del Director Psicodramático y del Protagonista.

BIBLIOGRAFÍA

Attar Farid-Ud-Din La Conferencia de los pajaros, Buenos Aires, Gaia, 2002 (Versión de Raficq Abdulla)

Espina Barrio J.A. Psicodrama – Nacimiento y Desarrollo, Salamanca, Amarú, 1995-

Nussbaum Martha C. Paisajes del Pensamiento – La inteligencia de la emociones, “Magnum nº 2”, Barcelona, Paidós, 2008. (1º Ed.. 2001)

Schnitzler A. La Ronda, Barcelona, Ediciones del Mall S.A., 1987 (v.o. 1896)

Schnitzler A. La señorita Else, Barcelona, Acanalado, 2001(v.o. 1924)

Schnitzler A. Relato soñado, Barcelona, El Acanalado, 2012 (v.o. 1926)

Wilson K.G. Y Luciano M.C. Terapia de aceptación y compromiso. Un Tratamiento conductual orientado a los valores, Madrid, Piramide, 2002.

INTERNET:

B.O.E. Ley Básica de Autonomía Paciente 41 / 2002

Brook Peter “El Diablo es el aburrimiento” transcripción de un taller, París, 9 y 10 de marzo de 1991. En:

<http://www.nuoveproduzioni.it/peter-brook-la-puerta-abierta-pensamientos-sobre-la-actuacion-y-el-teatro.htm>

<http://www.nuoveproduzioni.it/peter-brook-la-puerta-abierta-no-hay-secretos.htm>



Artículos

TERAPIA GRUPAL SISTÉMICA: Una propuesta para mujeres diagnosticadas de distimia en un Centro de Salud Mental: EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Rebeca
Costa Trigo

Juan
García-Haro

REBECA COSTA TRIGO

Psicóloga Interna Residente. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias. España
rebecacostatrigo@hotmail.es

JUAN GARCÍA-HARO

*Psicólogo Clínico. Centro de Salud Mental "La Ería". Servicio de Salud del Principado de Asturias.
C/ Alejandro Casona, s/n. 33013, Oviedo. Asturias. España.*



Resumen

Introducción. La investigación de resultados en psicoterapia es una obligación ética de todo profesional. El objetivo del presente trabajo es mostrar los resultados de una propuesta de psicoterapia grupal sistémica para mujeres con distimia, realizada en un contexto asistencial público (Centro de Salud Mental “La Ería” en Oviedo).

Sujetos y método. Se trata de un estudio cuasi-experimental pretest-postest y seguimiento a los seis meses sin grupo control. La muestra está formada por 12 mujeres de dos grupos terapéuticos de 6 cada uno. Para la valoración de resultados se utilizan escalas clínicas (Escala Autoaplicada para la Medida de la Depresión de Zung y Conde y Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión), escalas de funcionamiento global (Escala de Inadaptación), de calidad de vida relacionada con la salud (Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud) y de locus de control (Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control BEEGC-9).

Resultados. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en distintas medidas; siendo las más relevantes la disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva tras el tratamiento psicoterapéutico grupal. También se ha encontrado un aumento significativo de la medida de contingencia dentro de la variable locus de control.

Conclusiones. Los resultados sugieren que la psicoterapia grupal de orientación sistémica puede ser efectiva para población distímica, aunque sería necesario el estudio de una muestra mayor para corroborar estas conclusiones.

Abstract

Introduction: psychotherapy outcome research is an ethical obligation of every professional. The aim of this paper is to show the results of proposal systemic group psychotherapy for women with dysthymia, carried in a health care setting (Mental Health Center “La Ería” in Oviedo).

Subjects and method: This is a quasi-experimental study pretest-posttest and follow-up no control group. The sample consisted of 12 women in two therapeutic groups of 6 each. For this assessment process, clinical scales (Zung and Conde Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale), overall functioning scales (Maladjustment Scale), quality of life (WHO Quality of Life Assessment-BREF and locus of control (Battery of Scales of Expectations Generalised Control BEEGC-9) are used.

Results: There were statistically significant differences in different sizes; the most relevant decreased anxiety and depression symptoms after the group psychotherapy. We have also found a significant increase in the contingency measure within locus control variable.

Conclusions: The results suggest that system-oriented group psychotherapy can be effective for dysthymic population while the study of a larger sample to corroborate these findings would be necessary.

Palabras Clave, Key Words

- › Psicoterapia de grupo
- › Psicoterapia de grupo sistémica
- › efectividad
- › distimia
- › Group psychotherapy,
- › Group psychotherapy systemic
- › effectiveness
- › dysthymia

1. INTRODUCCIÓN

La distimia es uno de los diagnósticos psiquiátricos más prevalentes, tanto en consultas de atención primaria como de salud mental, pasando de un 14,6% en el 2006 a un 25,1% en 2010 (De Vicente y Berdullas, 2013). Se trata de un trastorno afectivo que genera mucho sufrimiento en las consultantes y frustración en los profesionales. La terapia sistémica ha demostrado su eficacia en un buen número de trastornos mentales, sin embargo, apenas existen propuestas grupales desde dicho enfoque para pacientes con este diagnóstico. En el presente trabajo exponemos los resultados de una propuesta de psicoterapia grupal de orientación sistémica, para una muestra de mujeres con trastornos afectivos (distimia) en un contexto asistencial público de Asturias (Centro de Salud Mental “La Ería” de Oviedo). Se describe la muestra del estudio, el diseño y procedimiento de evaluación, así como los principales resultados encontrados. La presentación del procedimiento terapéutico puede encontrarse en García-Haro y Costa (2015).

2. JUSTIFICACIÓN

Sobre la necesidad de evaluar

Evaluar, es decir, comprobar si lo que hacemos para ayudar a las personas que nos consultan funciona (o no), y en qué medida, debe ser una inquietud ética de todo profesional clínico, pues trabaja con la salud y el sufrimiento de las personas. Realizar estudios de evaluación de resultados y poner los medios necesarios al alcance de quién pretenda hacerlos, es una responsabilidad de la administración sanitaria en tanto que el tiempo del profesional se paga con dinero público.

La práctica clínica no puede saltarse el peaje de la evaluación de resultados. De igual modo, las evidencias obtenidas en el contexto de la investigación deben validarse en la arena de la práctica clínica cotidiana. No obstante, que no podamos eludir la exigencia de la evaluación de nuestras intervenciones no significa que debamos renunciar a elegir aquellas metodologías que sean más respetuosas con la complejidad de los problemas que tratamos y que, en nuestro caso, tienen que ver con el sufrimiento psicológico que



se teje en las relaciones interpersonales de las personas.

Sobre eficacia y efectividad

En nuestro estudio valoramos la efectividad, definida como el impacto de una intervención sobre el nivel de salud mental o bienestar de la población, llevada a cabo en las condiciones habituales de la práctica asistencial; a diferencia de la eficacia, referida al impacto de una intervención en un contexto controlado de investigación clínica.

La eficacia prioriza la validez interna de las conclusiones, mientras que la efectividad prioriza la posibilidad de generalización de una intervención que ya tiene una eficacia establecida.

Los ensayos controlados aleatorizados (ECA) aportan una elevada validez interna que permite valorar la eficacia de un tratamiento, pero los estudios observacionales aportan una mayor validez externa sobre la viabilidad, dado que tienen lugar en contextos clínicos reales.

La eficacia cuenta con algunas limitaciones en cuanto a su generalizabilidad, ya que cuanto más selectiva es la muestra y rigurosamente definida la intervención, menos aplicable es el tratamiento en la práctica clínica común, en la que abundan problemas comórbidos y otras situaciones complejas. En efecto, la eficacia prioriza el rigor sobre la generalización. Los ensayos controlados gozan de una buena validez interna debido a la selección de una muestra homogénea que padece un trastorno o problemática circunscrita, hacen frente al sesgo mediante la aleatorización y la

aplicación de tratamientos estandarizados y rigurosamente definidos, etc., pero además de su elevado coste, la validez externa queda debilitada debido a que la población que acude a los servicios públicos suele mostrar situaciones más complejas, no padecen un diagnóstico puro en su mayoría. Ante esto, los profesionales tienden al eclecticismo, no se forman para ofrecer tratamientos en base a un manual para cada trastorno o problemática, ni se plantean una duración de sesiones fija (y si lo hacen es por otras razones), sino que se ajustan a las necesidades del paciente y a su evolución. Según esto, se plantea si el paradigma basado en la evidencia es suficiente para sustentar la política y la práctica en contextos variados de rutina clínica.

En nuestro estudio utilizamos una doble perspectiva de evaluación del resultado terapéutico para comprobar la efectividad de la intervención: 1) una centrada en un criterio tradicional, puramente clínico, de reducción sintomática, y 2) otra centrada en un criterio de funcionalidad, basado en saber si la ayuda recibida permite a la persona la realización de actividades deseadas en su vida cotidiana de forma satisfactoria, así como la percepción de un locus de control interno en el proceso de tratamiento. Las escalas utilizadas para estas mediciones se describen en el apartado de diseño y procedimiento. Se realiza además un seguimiento a los seis meses para verificar si se mantienen los logros conseguidos al finalizar el tratamiento.

Por qué distimia

La prevalencia de la depresión en España oscila entre 9,6 y 20,2% (Cano, Martín,

Mae Wood, Dongil y Latorre, 2012); siendo su diagnóstico en las mujeres el doble de frecuente que en los hombres (Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, 2011).

La distimia es un trastorno afectivo que genera mucho sufrimiento en las consultantes afectando a todas las áreas de su vida: trabajo, pareja, familia, relaciones interpersonales y aspecto físico; así como frustración en los profesionales dado que se ha descrito una evolución hacia la cronicidad hasta en el 40% de los casos (Gabilondo, Artaza, de la Rica y Retolaza, 2012), y donde creemos juega un papel importante el modelo médico imperante que sumerge fácilmente a los consultantes en un rol pasivo de “paciente”.

Por qué grupal

Es un hecho contrastado que los grupos terapéuticos han mostrado su efectividad en muchas condiciones diagnósticas.

En términos de calidad asistencial, la psicoterapia grupal supone una ventaja, pues la alta presión asistencial en los Centros de Salud Mental (CSM) dificulta una atención adecuada a las necesidades particulares de las personas. En términos de coste, supone un ahorro tanto en tiempo como en recursos, lo cual es fundamental en un contexto como el de la sanidad pública en el que la sostenibilidad siempre está cuestionada.

Dada la importancia de los procesos interpersonales e interaccionales implicados en la formación y/o mantenimiento de los trastornos depresivos (Coyne, 1999; Linares 1993), el grupo se convierte en un escenario ideal

para el trabajo terapéutico de dichos procesos.

Tres fueron las razones principales para la creación de grupos terapéuticos para distimia: 1) la dificultad que habitualmente encontramos en terapia individual para que las consultantes asuman un rol activo en su proceso de cambio, 2) la necesidad de dar una respuesta más específica a las demandas planteadas por las mujeres, y 3) el interés de explorar nuevas modalidades de intervención, en este caso de tipo grupal, dado que a pesar de haber demostrado su eficacia en un buen número de trastornos mentales, no existen en nuestro país (según nuestro conocimiento) propuestas grupales desde el enfoque sistémico para pacientes con este diagnóstico.

Porqué doble perspectiva

Hay un cierto consenso dentro de la investigación en psicoterapia en que las medidas de resultado deben partir de diferentes perspectivas (la propia del consultante, la de otros significativos del entorno, y la del equipo terapéutico) y han de versar sobre diferentes áreas de funcionamiento, además de la sintomática. Se ha enfatizado la necesidad de contemplar el cambio producido por un tratamiento desde todas estas ópticas ya que la que una puede captar, puede escapar a la otra.

Los auto-informes presentan el problema de que las valoraciones del paciente están teñidas por el grado de bienestar psicológico global que observa en sí mismo al acabar el tratamiento. Ello le dificulta diferenciar lo que es realmente su estado post-tratamiento de la mejoría obtenida gracias al mismo.



Según el principio de Strupp y Schacht (1988) de mantener la congruencia “problem- treatment- outcome”, consideramos que ha de haber una coherencia, entre la conceptualización del problema clínico (teoría psicopatológica sobre el origen y mantenimiento del problema), el procedimiento psicoterapéutico, y la evaluación del cambio terapéutico. De este modo, si se conceptualiza y define un problema como debido a intentos ineficaces de solución, el cambio, más allá de la reducción sintomática, tiene que ser evaluado en base a la desaparición (bloqueo o inversión) de dichos intentos ineficaces de solución. Del mismo modo, si el enfoque supone que el problema es resultado de ciertas distorsiones cognitivas, el cambio debe evaluarse en base a la modificación en dichos procesos cognitivos.

Las medidas de resultado han de ser coherentes y sensibles a los cambios que se pretenden conseguir con un determinado tratamiento. Así, resultaría extraño pretender medir cambios en locus de control cuando el tratamiento consiste en un fármaco, o medir cambios en la reducción sintomática cuando el tratamiento consiste en mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.

Ahora bien, al compartir este principio de congruencia, lo que ocurre es que cada enfoque o modelo terapéutico defenderá y utilizará unos criterios y medidas de cambio totalmente diferentes (a veces incluso opuestos), con lo que la posibilidad de comparación de resultados entre diferentes psicoterapias se convierte en una tarea difícil, por no decir imposible.

Si bien estamos de acuerdo con el fundamento de este principio, pensamos

que el estudio de resultados debe avanzar hacia unos criterios más unificadores que permitan comparar tratamientos desde diferentes marcos teóricos. Por eso, debemos buscar o construir unos criterios externos al modelo que puedan servir para medir el cambio sin depender de cómo los problemas o la terapia se conceptúen dentro del mismo.

Sobre la necesidad de hacer seguimientos post-tratamiento

La necesidad de realizar mediciones posteriores al tratamiento a menudo no se ha tenido en cuenta. En nuestra opinión, el éxito de una terapia está en su capacidad de mejorar el nivel de funcionamiento global de la persona (más que en reducir síntomas) y en mantener esa mejora tras finalizar el tratamiento. Cuando el alta no se acompaña de una finalización del tratamiento, sino que éste sigue realizándose a cargo de otro profesional en otro nivel asistencial, cabe considerar que se trata de un alta administrativa pero no clínica, pues el consultante continúa con el tratamiento.

La reciente actualización de un meta-análisis sobre eficacia y efectividad en psicoterapia psicodinámica de larga duración (Leichsenring y Rabung, 2011), en el que sólo se han encontrado tres estudios con grupo control que incluyeran datos de medición post-terapia, limita la posibilidad de llegar a conclusiones válidas sobre los efectos a largo plazo de este tipo de tratamiento. Sólo recientemente se han empezado a realizar estudios longitudinales sobre los resultados post-tratamiento.

Entre los estudios de intervención grupal sistémica realizados en nuestro país con

seguimiento a largo plazo, destacan el de Rodríguez, Carrera y Cabero (2014) y el de Rodríguez Arias y Cols.(2004).

3. DISEÑO Y PROCEDIMIENTO

El objetivo de nuestro estudio es comprobar si la opción terapéutica propuesta resulta efectiva para mujeres diagnosticadas de distimia. Para ello, la hipótesis sometida a comprobación es: *la intervención grupal basada en el modelo sistémico es una opción efectiva para disminuir la sintomatología depresiva y mejorar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud y de locus de control interno en un grupo de mujeres con diagnóstico de distimia que consultan en el "CSM La Ería".*

El diseño utilizado es cuasi-experimental de medidas repetidas (pre-post-seguimiento); en el que cada sujeto actúa como su propio control.

Emplazamiento

Este estudio se realizó en el CSM "La Ería" de Oviedo (Asturias) perteneciente al Área Sanitaria IV del SESP.A. Este CSM da respuesta asistencial a las derivaciones de Atención Primaria, aunque también puede recibir derivaciones directamente de otras especialidades médicas. Según el procedimiento habitual del CSM las demandas se reparten entre los diferentes terapeutas: psiquiatras y psicólogos clínicos.

Durante el período de 2010-2013 se realizaron 8 grupos terapéuticos de mujeres con diagnóstico de distimia u otros trastornos depresivos de larga

evolución. En este trabajo presentamos los resultados de la última edición realizada en nuestro centro, entre enero y marzo de 2013 con dos grupos de 6 mujeres cada uno.

Selección de pacientes

Se informó a los facultativos del CSM sobre la puesta en marcha del grupo para que seleccionaran posibles candidatas de entre sus consultantes, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, y les ofertaran la posibilidad de participar en el grupo.

Criterios de inclusión y de exclusión

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: (a) mujeres con diagnóstico (CIE.10): distimia (F34.1), trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve (F33.0) o episodio actual moderado (F. 33.1), (b) ser valoradas por sus terapeutas como candidatas a terapia grupal, (c) respuesta insuficiente a las prestaciones habituales del CSM y alto gasto de recursos: frecuentes consultas y alto consumo de psicofármacos, y (d) aceptar participar en el estudio y firmar el consentimiento informado. No se plantearon criterios de exclusión.

Participantes

La muestra queda compuesta por 12 mujeres procedentes de los dos grupos terapéuticos mencionados. Las características sociodemográficas y clínicas se presentan en la Tabla 2, en el apartado de resultados.



Se mantuvieron las consultas habituales con su psiquiatra de referencia de forma paralela a las sesiones grupales, para seguimiento y/o ajuste de tratamiento psicofarmacológico. Cuando el terapeuta de referencia era psicólogo clínico, éste no mantuvo consultas paralelas mientras duraba el grupo terapéutico.

Variables e instrumentos

1. Socio-demográficas y clínicas.

Evaluadas a través de la Historia Clínica de los pacientes del CSM y mediante Entrevista individual. Se han seguido los criterios de codificación del SESPA en la mayoría de las variables, mientras que otras, siguen una codificación de elaboración propia.

2. Variables de uso de la terapia y asistenciales.

Relacionadas con el grado de participación en las tareas inter-sesiones y en la “ventana de ventilación” intra-sesión. Evaluadas mediante Sistema de Codificación del Equipo terapéutico en una escala de 0 a 10. También se registró el número de faltas o inasistencias.

√ Media del esfuerzo realizado por las pacientes en la realización de las tareas.

√ Media del grado de utilización de la ventana de ventilación.

√ Medida del número de faltas en la asistencia al grupo.

La variable independiente en nuestro estudio ha sido el programa de psicoterapia grupal sistémica. Para evaluar la efectividad de esta intervención se consideraron las variables dependientes o de resultado comentadas a continuación.

3. Variables de resultado. A la hora de valorar la efectividad del grupo hemos optado por combinar el criterio tradicional de reducción sintomática, medido con la Escala Zung y Conde y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS); con un criterio más centrado en variables psicológicas, acorde a un modelo psicoterapéutico de evaluación de resultados. Aquí vamos a considerar la funcionalidad global, basada en saber si la ayuda recibida permite a la persona la realización de actividades deseadas y valiosas en su vida cotidiana mediante la Escala de Inadaptación (EI) y la versión abreviada del Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF); la percepción de locus de control con la versión reducida de la Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC-9); y la satisfacción percibida respecto a la experiencia grupal y sus resultados, mediante un Cuestionario de Evaluación Final.

3.1. Sintomatología depresiva. Evaluada mediante las siguientes pruebas:

La escala Zung y Conde (Conde, 1969) es un auto-informe que consta de 20 ítems en los que se ha de indicar la frecuencia con la que se experimenta cada uno de los síntomas explorados. Evalúa la gravedad en base a las siguientes categorías: depresión ausente, depresión subclínica, depresión media-severa y depresión grave.

La HADS (Tejero, 1986) es un auto-informe que consta de 14 ítems que se agrupan en dos subescalas de 7 cada una: la subescala de ansiedad (HADS-A) y la de depresión (HADS-D). Evalúa la gravedad

en base a las siguientes categorías: rango normalidad, caso probable y caso de ansiedad o depresión.

3.2. Funcionalidad. Se valora por el grado de interferencia que produce el problema en diferentes áreas de la vida. Evaluada con la Escala de inadaptación (EI) (Echeburúa y Corral, 1987). Proporciona dos tipos de medida:

- La percepción de inadaptación mediante Escala general. Evaluada mediante escala Likert de 0 (nada) a 5 (muchísimo).
- La percepción de inadaptación haciendo la Media de 5 subescalas: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar.

Los resultados en estas dos escalas han resultado muy similares en las diferentes medidas recogidas, por lo que en este trabajo comentaremos únicamente los resultados de la escala de Inadaptación general.

3.3. Calidad de vida relacionada con la salud y satisfacción con la salud.

Evaluada con la WHOQOL-BREF de la OMS (Carrasco, 1998). Se trata de la versión abreviada de un reconocido cuestionario autoadministrado de Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS) validado en población sana y psiquiátrica de Barcelona. Consta de 26 ítems puntuados en una escala Likert de 1 a 5 y se obtienen 4 subescalas: CV Física (PHYS), CV Psicológica (PSYCH), CV Social (SOCIAL) y CV por el Entorno (ENVIR). También se obtienen 2 ítems globales; CV Global y Satisfacción con la Salud, que dan cuenta por si mismos del grado de satisfacción subjetivo de las pacientes con estos aspectos.

Para este estudio se utiliza la puntuación en Calidad de vida global y la puntuación en Satisfacción con la Salud, con valores 1(nada) a 5 (totalmente).

3.4. Locus de control. Evaluada con la BEEGC-9(Rodríguez Morejón, 1994). Se trata de 9 ítems tomados de la Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (Palenzuela, 1994), que ofrecen una versión reducida para medir las variables de: Éxito, Autoeficacia y Contingencia.

3.5. Cuestionario de Evaluación Final (CEF). Se pasa al finalizar el grupo y en el seguimiento. Es un cuestionario escrito de elaboración propia, constituido por preguntas abiertas y cerradas, que pretende recoger valoraciones en relación con la experiencia grupal (proceso) y con la percepción de cambio tras la intervención (resultado). Incluye las siguientes variables medidas a través de escala Likert:

- Percepción propia de mejoría, de -1 (peor) a 3 (resolución total).
- Mejoría percibida por los demás, de -1 (peor) a 3 (resolución total).
- Ayuda del grupo, de 1 (nada) a 5 (mucho).
- Cumplimiento de expectativas respecto al grupo de 1 (nada) a 5 (mucho).
- Nivel de satisfacción con el grupo. Escala 0 a 10.

3.6. Correlación entre las variables de sintomatología depresiva y funcionalidad con el Locus de control. Por último valoramos la posible relación entre las variables descritas, utilizando la prueba de correlación no paramétrica de Spearman.



Metodología

Nuestro estudio se llevó a cabo en cuatro fases:

1. Evaluación pre-tratamiento. Tras finalizar el periodo de derivación, se realizó una entrevista individualizada con cada sujeto, una semana antes del inicio del programa. Las consultantes que aceptaron participar en el estudio, cubrieron las pruebas de evaluación empleadas para la medida pre-tratamiento; previa cumplimentación de un formulario de “Consentimiento informado” en el que se incluyen los siguientes elementos: identificación del investigador, beneficios y riesgos potenciales, posibilidad de abandonar el estudio, compromiso temporal, propósito de la investigación, consentimiento voluntario, aprobación por el comité ético e investigador, garantía de anonimato y confidencialidad, explicación del procedimiento, información sobre seguimiento a los seis meses, y posibilidad de contestar cualquier duda. Todo ello contextualizado bajo la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre) y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del paciente y

de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Con el objeto de garantizar la confidencialidad, la identificación de los sujetos se realizó mediante un sistema de asignación numérica.

2. Aplicación del Programa grupal. El equipo terapéutico estuvo compuesto por un Psicólogo Clínico con experiencia en grupos, que organizó y dirigió el programa, una residente de Psicología Clínica (PIR) de primer año que participó como co-terapeuta y una residente de Psicología Clínica (PIR) de tercer año que realizó tareas de observación y registro de datos.

3. Evaluación post-tratamiento, una vez finalizado el programa. Consistió en la administración de los mismos instrumentos que en la evaluación pre-tratamiento, junto con el Cuestionario de evaluación final.

4. Evaluación de seguimiento a los seis meses. Consistió en la administración de los mismos instrumentos que en la evaluación post-tratamiento, seis meses después de la finalización de la terapia.

Tabla 1. Instrumentos utilizados para la evaluación en cada momento temporal

T1 Medidas Pre-tratamiento (después de la derivación y una semana antes de iniciar el tratamiento)	T2 Medidas Post-tratamiento (al finalizar el tratamiento)	T3 Medidas de seguimiento (a los 6 meses de terminar el tratamiento)
Escala Zung y Conde HADS EI WHOQOL-BREF BEEGC-9	Escala Zung y Conde HADS EI WHOQOL-BREF BEEGC-9 CEF	Escala Zung y Conde HADS EI WHOQOL-BREF BEEGC-9 CEF

Análisis de datos

Para cada una de las variables socio-demográficas y clínicas, se lleva a cabo un análisis descriptivo, expresando las variables cualitativas con frecuencia absoluta (porcentaje) y las cuantitativas con media \pm desviación típica.

Para analizar las diferencias entre las medidas antes, después y seguimiento del tratamiento, se realiza un contraste de hipótesis utilizando la prueba no paramétrica de los rangos con signo de Wilcoxon; y presentamos los resultados a partir de la mediana (recorrido intercuartílico).

Además, realizamos un análisis de correlaciones bivariadas con la prueba de Spearman.

Para todas las pruebas se presenta el valor del estadístico correspondiente, con su nivel de significación asociado. Un valor $p < 0,05$ es considerado estadísticamente significativo en todos los casos. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa R.

4. RESULTADOS

4.1. Descripción de la muestra: descripción socio-demográfica y clínica de la muestra

La muestra se compone de 12 mujeres que han participado en el programa de psicoterapia grupal de orientación sistémica para mujeres con distimia. Las características sociodemográficas y clínicas se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Descripción de variables sociodemográficas y clínicas

Variables y categorías		Estadísticos descriptivos
Edad		53,8 \pm 7,7
Años pasados desde el primer contacto en SM		15,6 \pm 11,0
Diagnóstico N (%)	Distimia (F 34.1)	7 (58,3%)
	T. depresivo recurrente episodio actual moderado (F. 33.1)	5 (41,7%)
Convivencia N (%)	Familia propia	10 (83,3%)
	Familia origen	1 (8,3%)
	Sola	1 (8,3%)
Estado civil N (%)	Casada	10 (83,3%)
	Divorciada	2 (16,7%)
Número de hijos		1,3 \pm 0,8
Hijos a cargo N (%)	No	4 (33,3%)
	Sí	8 (66,7%)



Medio de residencia N (%)	Urbano	11 (91,7%)
	Rural	1 (8,3%)
Nivel de estudios N (%)	Primarios	5 (41,7%)
	Secundarios	1 (8,3%)
	Bachillerato o FP	4 (33,3%)
	Universitario	2 (16,7%)
Situación laboral N (%)	Activa	5 (41,7%)
	Labores hogar	4 (33,3%)
	Parada	3 (25,0%)

El 100% de la muestra recibe tratamiento individual en el CSM desde hace más de dos años, 9 (75%) siguen tratamiento psicofarmacológico desde hace más de dos años y 3 (25%) refieren que en el momento del estudio no toman medicación.

4.2. Descripción de variables de uso de la terapia y asistenciales

Estas variables fueron evaluadas mediante Sistema de Codificación del Equipo terapéutico. Los resultados se presentan en Tabla 3.

Tabla 3. Descripción de variables de uso de la terapia y asistenciales

Variables	Valor del estadístico descriptivo
Ventilación	5,1± 1,8
Tareas	5,4± 2,0
Faltas	0,7± 1,2

4.3. Descripción de las medidas de resultado pre-tratamiento

4.3.1. Síntomas depresivos y ansiosos

La sintomatología de la depresión se valoró mediante la escala de Zung y Conde, y la HADS-D. La puntuación media obtenida en la Zung y Conde fue de 55'6 ± 6,6 y en la HADS-D de 13'7 ± 4'9.

Considerando las categorías de gravedad establecidas por cada escala, observamos que 9 (75'5%) de

las pacientes presentaban en la Zung y Conde depresión media-severa antes de empezar el grupo, 3 (25 %) tenían depresión subclínica y 0 depresión ausente. En la HADS-D, 9 (75%) de las pacientes eran casos de depresión, 1 (8'3%) era caso probable y 2 (16'7%) serían normales.

La sintomatología ansiosa no fue tenida en cuenta para los criterios de inclusión, por ser la depresiva la predominante en la población de estudio. Sin

embargo, observamos que en la HADS-A, la media de la medida pre era de $14'3 \pm 4'2$, lo que indica un nivel de ansiedad importante al inicio del tratamiento. De hecho, considerando las categorías de gravedad: 9 (75%) son casos de ansiedad, 2 (16'7%) casos probables y 1 (8'3%) sería normal.

4.3.2. Funcionalidad global, calidad de vida relacionada con la salud y salud percibida

La funcionalidad valorada mediante la Escala de Inadaptación proporcionó una media para la valoración de Inadaptación general de $4,1 \pm 0,9$; lo que indica una elevada interferencia de los síntomas en diferentes áreas de la vida

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la salud se valoraron mediante la WHOQOL-BREF de la OMS. Para nuestro estudio tomamos en cuenta dos ítems globales que dan cuenta por sí mismos de la satisfacción con la CVRS ($2,4 \pm 0,7$) y la salud percibida ($1,8 \pm 0,7$), lo que indica en ambos casos una valoración baja.

4.3.3. Expectativas de control

El Locus de control se valoró con la Escala BEEGC-9, que considera tres variables:

La Autoeficacia, referida a la capacidad percibida de enfrentarse a los problemas, presenta valores de $13'6 \pm 4'1$, una puntuación bastante baja.

La media de Contingencia $14'8 \pm 2'3$, muestra la relación que consideran entre sus acciones y los resultados; es decir en qué medida sus esfuerzos influyen en los resultados; la percepción es bastante baja.

Por último, la medida de Éxito $12'9 \pm 4'3$, indica el grado en que consideran que sus esfuerzos al enfrentarse a los problemas tendrán un resultado positivo. La percepción de éxito en las participantes es baja.

4.4. Efectividad al finalizar el tratamiento

La efectividad al finalizar el tratamiento se analiza comparando las medidas pre y post-tratamiento dentro de cada variable de resultado, a través de la prueba de Wilcoxon. Exponemos las medidas mediante mediana (recorrido intercuartílico).

4.4.1. Efectividad basada en los síntomas depresivos y ansiosos

Se realiza una comparación de las puntuaciones pre-post tratamiento en las escalas clínicas de la depresión (escala Zung y Conde y HADS-D).

Comparación de puntuaciones directas

Respecto a la sintomatología depresiva, se ha encontrado una disminución estadísticamente significativa en las puntuaciones de la Zung y Conde, que bajan desde la evaluación pre $57,5$ ($6,6$) a la evaluación post 53 ($9,3$), con valor $p = 0'019$.

El análisis de las medidas del HADS indica una disminución estadísticamente significativa en la media de sus puntuaciones tanto en "Ansiedad" como en "Depresión". En el caso de la HADS-D se obtiene una diferencia entre la medida pre 15 ($6,5$) y la medida post 10 (3), con



valor $p = 0'008$; y para la HADS-A, la puntuación baja de 15 (6,8) en la medida pre a 12,5 (6,3) en la post, $p = 0,016$.

En la medida de seguimiento, para la Zung y Conde, la puntuación ya no mantiene una diferencia estadísticamente significativa respecto a las medidas previas a pesar de mantener un valor más bajo que en el momento inicial.

En el caso de la HADS, las puntuaciones de ansiedad y depresión se mantienen más bajas que en el momento inicial, si bien la diferencia no es significativa respecto a la medida post-tratamiento. Podemos ver estas diferencias en la tabla 4.

Evaluación desde el cambio de categorías de gravedad

Esta evaluación de la efectividad se realiza en base al cambio de categoría en las escalas Zung y Conde y HADS-D, e indica un cambio en la gravedad de los síntomas después del grupo, respecto al inicio del mismo. Las categorías se toman de los manuales de corrección del cuestionario.

Respecto a la escala de Zung y Conde. Al inicio del tratamiento 9 (75'5%) tenían depresión media-severa y al final 8 (66'7%), manteniéndose en el seguimiento. Al inicio del tratamiento 3 (25'0%) tenían depresión subclínica y esta cifra se mantiene tanto en el post como en el seguimiento. Al inicio del tratamiento ningún sujeto entraba en la categoría depresión ausente; al final tenemos 1 (8'3%) que se mantiene al seguimiento.

Respecto a la HADS, en la escala de Depresión al inicio del tratamiento 9 (75%) eran casos de depresión, pasando a 5 (41'7%) casos en la medida post, que se

elevan hasta 8 (66'7%) en el seguimiento; los casos de depresión probable pasan de 1 (8,3%) a 5 (41'7%) volviendo a bajar a 1 (8,3%) en el seguimiento; y los casos de normalidad se mantienen en 2 (16,7%) en las medidas pre y post, y suben a 3 (25%) en el seguimiento.

En el caso de la escala HADS-A, los 9 casos de ansiedad (75%) bajan a 8 (66,7%) en la medida post y a 7 (58'3%) en el seguimiento; los casos de ansiedad probable se mantienen en 2 (16,7%) y bajan a 1 en el seguimiento (8,3%); los casos de normalidad pasan de 1 (8,3%) a 2 (16,7%) y aumentan a 4 (33'3%) en el seguimiento.

4.4.2. Efectividad basada en la funcionalidad, calidad de vida relacionada con la salud y salud percibida

Se obtiene una reducción estadísticamente significativa en las puntuaciones de Inadaptación, entre la evaluación pre 4 (0,8) y la evaluación post 4 (1), $p = 0,05$. Medida a través de la Inadaptación medida general. Dicha disminución se mantiene en el seguimiento pero ya no a un nivel estadísticamente significativo.

En relación a la CVRS no se observan diferencias estadísticamente significativas. Siendo similares los valores en la medida pre 2,5 (1), post 3 (0,8) y seguimiento 3 (2). Tampoco lo son las diferencias en relación a la Satisfacción con la salud, con valores 2 (1) en la medida pre, 2 (0,8) en la post y 2 (1) en el seguimiento.

4.4.3. Efectividad basada en las expectativas de control

Si bien encontramos aumentos en las tres escalas de medida de locus de

control, únicamente resulta significativa la diferencia en el aumento de la medida de Contingencia, pasando de 14,5 (3) en la medida pre a 19 (9) en la medida post, $p=0,008$. En el momento del seguimiento, la única diferencia significativa en estas escalas es también en la de Contingencia, bajando los valores a 14'5 (7); $p=0,006$.

4.5. Evolución del grupo (seguimiento a los 6 meses).

Existe un cierto consenso dentro de la investigación de resultados en psicoterapia de que el éxito de la misma ha de ser medido no sólo en base a su capacidad para reducir síntomas, sino también de mejorar el funcionamiento global del paciente, por un lado, y mantener esa mejoría luego del alta, por otro. La longitud de tiempo de un seguimiento para considerar que se ha logrado una eficacia terapéutica está en base a la naturaleza del trastorno en cuestión. Un periodo relativamente bajo infravalora las recaídas mientras que, un periodo relativamente alto las sobrevalora.

Si bien estimamos que es mejor utilizar periodos largos de seguimiento, también es cierto que cuanto más tiempo pase desde la terminación del tratamiento, más difícil se hace poder atribuir los cambios al efecto de la terapia. Esto se debe a que entran en juego otros factores extra-terapéuticos; acontecimientos que pueden influir bien a favor, bien en contra de los cambios.

La psicoterapia pretende ayudar a las personas a remediar los motivos de queja.

Esta meta se alcanza si esos motivos que llevan a la consultante a pedir ayuda dejan de producirse. Pero tan importantes la mejoría tras finalizar la terapia, como la no aparición de nuevas quejas como consecuencia de la desaparición de aquellas. Por otro lado, consideramos que el punto fuerte de la psicoterapia frente a otro tipo de tratamientos, es que su objetivo no se limita sólo a la mejoría post-tratamiento (o mientras-dura-el-tratamiento) sino que trata de generar cambios en las personas para que la mejoría se mantenga más allá del mismo.

Para conocer la evolución de las participantes de nuestro grupo, utilizamos el Protocolo de Seguimiento (PS). Mediante una llamada telefónica, citamos de nuevo a las pacientes para administrarles los mismos instrumentos que en la evaluación post-tratamiento. De las 12 mujeres que habían conformado la muestra inicial, el 100% cumplimentaron el seguimiento. Nos parece importante haber incluido preguntas acerca de la aparición de nuevos problemas o estresores tras finalizar el grupo, preguntas sobre la atribución de mejoría, cosas que le han ayudado, cosas que no....

En el apartado anterior ya hemos ido comentando los cambios que se han producido a los 6 meses respecto a las medidas previas. En la tabla 4 pueden visualizarse las medidas de los tres momentos temporales. Presentamos los valores de la mediana y el recorrido intercuartílico, así como las probabilidades asociadas.



Tabla 4. Evolución del grupo

	Medida pre	Medida post	Medida seguimiento	p de la diferencia pre-post	p de la diferencia post-seguimiento
Escala Zung y Conde	57,5 (7'8)	53 (9,3)	55 (15,5)	0,019	0,479
HADS-D	15 (6,5)	10 (3)	11,5 (9,5)	0,008	0,788
HADS-A	15 (6,8)	12,5 (6,3)	12,5 (9,8)	0,016	0,766
Escala de Inadaptación	4 (0,8)	4 (1)	4 (0,8)	0,02	0,414
WHOQOL-BREF. CV	2'5 (1)	3 (0,8)	3 (2)	0,096	1,00
WHOQOL-BREF. Salud	2 (1)	2 (0,8)	2 (1)	0,655	0,206
BEEGC-9. Éxito	13 (8)	14 (11)	13,5 (11)	0,283	0,789
BEEGC-9. Autoeficacia	12 (6)	16 (9)	13 (13)	0,083	0,878
BEEGC-9. Contingencia	14,5 (3)	19 (9)	14'5 (7)	0,008	0,006

4.6 Relación de la sintomatología y la funcionalidad con el locus de control

Hemos utilizado la prueba de correlación de Spearman para comprobar si existe, o no, una correlación entre los cambios en las medidas de locus de control y la mejoría en la sintomatología y en la funcionalidad.

4.6.1 Correlación con la sintomatología depresiva y ansiosa

Realizamos el análisis correlacional de las variables medidas por el BEEGC-9 con las medidas de Ansiedad y Depresión en los diferentes momentos temporales. En el caso de la HADS-A encontramos que

la medida correlaciona significativamente con la medida de Contingencia en el momento del seguimiento, cuando no lo hacía en las medidas pre y post. Las otras dos escalas de locus de control, no correlacionan con la variable de Ansiedad. Respecto a la correlación con las medidas de Depresión, observamos cambio en los diferentes momentos:

- La medida de Contingencia no correlaciona significativamente con la obtenida en la Zung y Conde en el momento pre y post, y sí lo hace en el seguimiento ($Rho = -0'716$, $p = 0'009$). Para la escala HADS-D, la Contingencia no muestra correlación significativa en el momento pre, pero sí en el post ($Rho = -0,606$; $p = 0,037$) y en el seguimiento ($Rho = -0'775$, $p = 0'003$).

- La escala de Autoeficacia que tampoco correlaciona significativamente con la escala Zung y Conde en el pre, sí lo hace en el momento post (Rho= -0'775, p=0'003) y en el seguimiento (Rho= -0'852, p=0'000); mientras que para HADS-D, la correlación es significativa en los tres momentos temporales: pre (Rho= -0'825, p=0'001), post (Rho= -0,627, p=0'029) y seguimiento (Rho= -0'845, p=0'001).
- La variable Éxito, no correlaciona significativamente con la Zung y Conde y la HADS-D, en las medidas pre y post, lo hace únicamente en la de seguimiento, en la HADS-D (Rho= -0'820, p=0'001) y con Zung y Conde (Rho= -0'706, p=0'010).

4.6.2 Correlación con la funcionalidad, la calidad de vida relacionada con la salud y la salud

- En el caso de la medida de Inadaptación, la escala de Inadaptación general correlacionan con las tres medidas de la escala de control en el momento del seguimiento. En el caso de la Autoeficacia (Rho= -0'769, p=0'003), para

la Contingencia (Rho= -0'846, p=0'001), y para el Éxito (Rho= -0'755, p=0'005).

- En la medida de CVRS, ésta no correlaciona con ninguna de las tres escalas de Locus de control, ni en el momento pre ni en la medida post; en cambio, sí correlaciona de manera significativa en el seguimiento, con la escala de Autoeficacia (Rho= -0'744, p=0'006) y con la de Contingencia (0'815; p=0'001).
- La medida de Salud percibida no correlaciona con ninguna de las tres escalas de locus de control en ninguno de los momentos temporales.

4.7. Respuestas al Cuestionario de Evaluación Final tras finalizar el tratamiento

El cuestionario de evaluación final evalúa variables tanto de resultado como de proceso, desde la perspectiva del usuario. Los resultados de sus dos aplicaciones se presentan en la tabla 5, con los datos de la mediana y el recorrido intercuartílico.

Tabla 5. Evolución del grupo: puntuaciones CEF

	Medidas Post-Tratamiento	Medidas Seguimiento	p de las diferencias
Percepción propia de mejoría	1 (1)	0'5 (3)	p =0'02
Mejoría percibida por los demás	1 (1)	0 (3)	p =0'2
Ayuda del grupo	4 (1)	5 (1)	p =0'5
Expectativas	4 (1)	4 (1)	p =0'4
Satisfacción	9 (2)	8 (2)	p =0'2



Puede observarse que la percepción propia de mejoría y la suposición de mejoría percibida por los demás, es nula respecto al inicio del grupo, esto es, consideran que están igual que al principio. Si bien, consideran que el grupo les ha ayudado bastante, sus expectativas se han cumplido bastantey la satisfacción con el grupo es alta.

Por último, del análisis de diferencias entre las medidas post y seguimiento en la valoración de la experiencia grupal, únicamente resulta significativa la diferencia entre la “percepción de mejoría”, entre el momento de finalización del grupo y 6 meses después, pasando la media de 1,2 a 0,2. Es decir, al término del tratamiento perciben no haber mejorado, y a los seis meses de terminar el tratamiento, perciben estar peor.

4.7.1. Relación entre variables de uso de la terapia y asistenciales, y variables de resultado según CEF

Utilizando la prueba de correlación no paramétrica de Spearman. Encontramos una correlación negativa significativa entre el número de faltas y el grado de satisfacción con el grupo ($Rho = -0,715$, $p = 0,009$).

Por otro lado, no hay correlación entre las puntuaciones en las tareas intersesión o la puntuación del uso de la ventana de ventilación, y las variables medidas con el CEF.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Creemos que los resultados obtenidos van en una buena línea puesto que, aun en las medidas en las que la diferencia no fue lo suficientemente grande como para

resultar estadísticamente significativa, sí hubo variaciones en la dirección más favorable. Es el caso de las escalas de Éxito y Autoeficacia del BEEGC-9 y de la percepción de CVRS y de Satisfacción con la Salud del WHOQOL-BREF.

En el caso de las medidas de seguimiento, puede observarse que, en la mayor parte de las variables medidas, los valores a pesar de no guardar una diferencia significativa respecto a la medida post, sí se mantienen en mejores niveles que en el momento de inicio del grupo.

Hay sin embargo, medidas cuya mejoría no se mantiene o disminuye en el seguimiento, es el caso de la escala de Contingencia, de la de Inadaptación general, y la percepción de mejoría respecto al momento de inicio del tratamiento psicoterapéutico grupal. La única de estas diferencias que resulta estadísticamente significativa es la medida de Contingencia, que empeora respecto a la medida previa. En este caso, debido al pequeño número de la muestra, la puntuación extrema de una de las participantes ha hecho disminuir mucho la media de puntuaciones.

Creemos que sería de importancia trabajar en la línea de conservar el locus de control interno, aún cuando la percepción de mejoría disminuya. Si bien en nuestro caso no se puede relacionar la menor puntuación en Contingencia con un empeoramiento del estado clínico de las consultantes, puesto que no es el caso, si atendemos a las medidas de sintomatología.

De los datos obtenidos a través del análisis de correlación, concluimos que las participantes con mayor número de faltas, presentan al final de la terapia

menor satisfacción con la experiencia grupal, y viceversa.

Respecto a la correlación de las escalas de locus de control, con la sintomatología depresiva, las correlaciones negativas al momento del seguimiento, indican que cuanto mayor es la medida en estas escalas menor es la sintomatología depresiva, y viceversa. En el caso de la Contingencia, esta correlación no se daba en el momento pre. Lo mismo ocurre en el caso de la Autoeficacia con la medida de depresión de la escala Zung y Conde. Para la variable Éxito, la correlación se obtiene únicamente en la medida de seguimiento. Estas diferencias implican un cambio; aunque no podemos hablar de causalidad, podemos interpretar que tras la intervención, las participantes que tienen mayor locus de control interno, presentan menos sintomatología depresiva, y viceversa.

Este mismo cambio ocurre para las escalas de Autoeficacia y Contingencia en el caso de la medida de CVRS y en la de salud percibida, que de nuevo con una correlación positiva nos indica que al momento del seguimiento, a mayor percepción de CVRS y Salud, mayor percepción de Contingencia y Autoeficacia, y viceversa.

6. LIMITACIONES Y MÉTODOS DE MEJORA

Somos conscientes de las limitaciones de nuestro estudio. El reducido tamaño de la muestra dificulta tanto que puedan encontrarse diferencias a nivel estadístico como que pueda hacerse una generalización de resultados a

otros pacientes. Interpretamos además, nuestros datos con la cautela exigida del uso de las pruebas no paramétricas necesarias para nuestra pequeña muestra.

Otra limitación importante del estudio es la ausencia de grupo control que garantice la validez interna, es decir, que los cambios se deban realmente a la intervención y no a otros factores. Puede darse la conocida falacia post hoc, ergo propter hoc (“después de eso, por lo tanto, debido a eso”). En este sentido, además de contar con un grupo control sería fundamental controlar el efecto del resto de intervenciones en las que participan los pacientes.

Una psicoterapia transcurre en un periodo más o menos prolongado de la vida de una persona. Durante este tiempo pueden darse una serie de acontecimientos vitales (lifeevents) que influyan en el desarrollo de la psicoterapia. Su influencia puede ser favorable o no al curso del tratamiento. El control de estos acontecimientos es necesario aunque resulta muy difícil. Estos factores extraterapéuticos pueden ser de naturaleza incidental (enfermedad transitoria, accidente, muerte de un familiar, pérdida de trabajo, etc.) o más bien perseverantes o crónicos (enfermedad crónica, relaciones conflictivas, inicio de otros tratamientos, etc.). En efecto, la vida no se suspende durante la terapia grupal, y los acontecimientos que hacen sufrir a la gente siguen ocurriendo fuera, integrándose en los relatos que traen las personas al grupo cuando se les pregunta acerca de cómo les van las cosas.

En los grupos de distimia realizados, hemos comprobado la concurrencia



de numerosos sucesos estresantes que de forma directa o indirecta han perjudicado el estado de las consultantes y condicionado el curso de la terapia. Estos sucesos, difíciles de interpretar, no han sido, sin embargo, tenidos en cuenta. La interpretación aquí oscila entre dos extremos: 1) sucesos que no tienen relación con el tratamiento y/o características clínicas del paciente, es decir, sucesos cuya ocurrencia se debe al azar, y 2) sucesos que tienen relación o están propiciados directa o indirectamente por el tratamiento y/o características clínicas del paciente.

Aun con todo, hemos obtenido una disminución de la “síntomatología depresiva” percibida por las participantes de nuestro estudio, medida a través de

dos pruebas diferentes (Escala Zung y Conde y HADS), tras su participación en el grupo terapéutico.

Precisamente por haber conseguido una disminución en la “síntomatología ansioso-depresiva”, queja que constituía el principal motivo de consulta de las mujeres que componían nuestra muestra, consideramos la opción de la terapia grupal basada en el modelo sistémico, una opción de tratamiento que puede llegar a ser efectiva en los servicios públicos de Salud Mental.

7. AGRADECIMIENTOS

A Teresa Ortega Montoliu y Pablo Martínez-Cambor por sus sugerencias de mejora para este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Cano, A, Martín, J., Mae Wood, C., Dongil, E. y Latorre, J.M. (2012).** La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 33 (1), 2-11.
- Carrasco, R. L. (1998).** Versión española del WHOQOL. Madrid: Ergón
- Conde, V., Escribá, J. A., & Izquierdo, J. A. (1969).** Evaluación estadística y adaptación castellana de la Escala Autoaplicada para la Depresión (SDS) de Zung. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 24(99), 868-880.
- Consejería de Sanidad del Principado de Asturias (2010-2011).** PCAI. Guía de Recomendaciones Clínicas. Depresión. Actualización. Gobierno del Principado de Asturias. Disponible en internet en www.astursalud.es.
- Coyne, J.M. (1999).** The interactional nature of depression. Washington, DC: APA.
- De Vicente, A. y Berdullas, S. (2013).** Aumenta la presencia de trastornos mentales en las consultas de atención primaria. *Infocop*, 60, p. 15.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987).** Escala de inadaptación. Manuscrito no publicado.
- Gabilondo, A., Artaza, N., de la Rica, J.A. y Retolaza, A. (2012).** Hacia un modelo colaborativo de la atención a la depresión en Euskadi: El Proyecto BTS Elkarlanean Depresión. *Norte de salud mental*, 43, 60-71.
- García-Haro, J. y Costa, R. (2015).** Terapia grupal sistémica: una propuesta para mujeres diagnosticadas de distimia en un Centro de Salud Mental. *Vínculos*, 3, 24-43.
- Leichsenring, F. y Rabung, S. (2011).** Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 15-22.
- Linares, J.L. (1993).** La dimensión relacional de las depresiones. *Revista de Psicoterapia*, 13, 67-75.
- Palenzuela, D. L. (1994).** BEEGC. Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control. Universidad de Salamanca.
- Rodríguez-Arias, J.L., Otero, M., Venero, M., Ciordia, N. y Vázquez, P. (2004).** Estudio de evaluación de resultados en terapia familiar breve. *Papeles del Psicólogo*, 87, 20-28.



Rodríguez, N.M., Carrera, M. y Cabero, A. (2014). Estudio longitudinal de la efectividad de la psicoterapia de grupo orientada a soluciones para trastornos depresivos y adaptativos. *Mosaico*, 59, 56-102.

Rodríguez Morejón, A. (1994): Un modelo de Agencia Humana para analizar el cambio en psicoterapia: Las expectativas de control percibido en terapia sistémica breve. Tesis Doctoral. Universidad Pontificia de Salamanca.

Strupp, H. y Schacht, T. (1988). Problem-treatment-outcome congruence. A principle whose times come. En H. Dahl, H. Kächele y H. Thomä (Eds.), *Psychoanalytic process research strategies* (pp. 1.14). Berlín: Springer.

Tejero, A., Guimerá, E. M., Farré, J. M., & Peri, J. M. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 233-238.

Experiencias en Psicodrama

DEL INTORNO A LA ESPECIE HUMANA:

El camino del individuo hasta las grandes masas

Héctor
Valiente
Romerales

Psicólogo clínico. Psicoanalista. Psicodramatista.

INTRODUCCION

Presentación

Desde hace muchos años, prácticamente cuando empecé a pensar y cuestionarme el mundo, me surgió una pregunta que aún hoy sigo sin terminar de responderme: ¿qué le ocurre al ser humano en los momentos de descubrimiento, de decisión, de darse cuenta, de elección?

Aquellos momentos en el que el individuo puede cambiar de trayectoria, inventar una nueva forma, jugar a crear, elegir el cambio.

Ese momento que nos evoca a Moreno, con su idea del momento, el aquí ahora, y que, otras corrientes filosóficas, psicológicas y científicas también conocen.

Objetivos

Dar un poco más de luz sobre el efecto que tienen las fuerzas del “intorno” en decisiones individuales y en masa, extrapolándolo a las situaciones sociopolíticas.

Justificación y planteamiento de hipótesis

Pues bien las preguntas concretas son:

¿por qué esa pareja que después de años de sufrimiento inaceptable constatado una y mil veces, sabiendo (o sintiendo) que no hay solución posible, cuando se ven ante la decisión de romper, no lo hacen?

¿Por qué ese individuo que sabe desde hace años que su trabajo no le llena en



ningún nivel (existiendo fuera un mercado laboral aceptable) sigue trabajando?

¿Por qué ese pueblo que se sabe con el poder de derrocar una forma de Estado injusto o un gobierno injusto, no lo llevan a cabo votando o rebelándose?

¿Por qué ese adolescente que se encuentra perteneciente a un grupo diferente a él mismo, y no lo desea, sigue acudiendo cada tarde a ese parque, bar, etc.?

Son preguntas que evidentemente, me he hecho tanto hacia los demás como hacia mí mismo.

El colmo de mi inquietud aumentó, gracias a mi querida madre Ascensión (profesora y amante de la historia), mi querido padre (investigador incesante de las relaciones personales), la asignatura de historia en el colegio, y la televisión (donde descubrí maravillosos documentales y telediarios). Por otra parte, mas tarde, ya en la universidad, descubrí entre otras corrientes el Psicodrama de la mano de Elisa y Pablo en el I.T.G.P.

Volviendo a la pregunta que me hacía, descubrí este poder invisible ya desde los primeros asentamientos de Mesopotamia en los márgenes de los ríos Tigris y Éufrates. Evidentemente este poder invisible que paralizaba o movilizaba a nuestra especie venía, posiblemente, de algún salto evolutivo anterior al primer homínido.

En ese momento sabía que algo invisible estaba influyendo desde las épocas más arcaicas en la evolución del ser humano. A veces para bien, evolucionando, creando, descubriendo y mejorando; pero otras para mal, paralizando, devolucionando, perpetuando cementos de sufrimiento, culturas en conserva como decía Moreno.

No me bastaba la explicación del miedo. Sí, pensaba yo, pero ¿miedo a qué?, ¿a morir, a la soledad, al fracaso, a la opinión de los demás, a pasar hambre? Era una explicación excesivamente reduccionista para ser capaz de, en mi opinión, tener la fuerza de anular un individuo, un pueblo e incluso una especie.

Además, por otro lado hay ocasiones en las que se da una valentía suficiente con la que nos sorprendemos con un cambio nuevo, atrevido, espontáneo, creativo o en definitiva evolutivo. Lo que me quedó claro es que nuestra evolución socio política es mucho más lenta que la tecnológica o la científica.

Así pasé décadas leyendo y observando mi entorno (término aprendido de mi querido y maestro Pablo Población) a la par que mi entorno cercano y lejano, hasta que en una muy amena charla con Pablo Población y Elisa López, me mostraron un taller psicodramático que habían realizado hace años en un congreso y que me podía ser útil en mi búsqueda.

El taller en cuestión se llama:

“Mi personaje y mis mitos se acaban. Y ahora.....?”

Metodología

Me dispongo pues, a hacer un trabajo psicodramático que me dé un poco mas de luz sobre la situación sociopolítica humana desde el trabajo con grupos (talleres), parejas e individuos aislados. Entendiendo que el grupo es una molécula del gran grupo “pueblo mundial”, que a su vez es una molécula del gran grupo país, y así sucesivamente hasta la familia y el individuo que lo situaríamos en el núcleo.

REALIZACIÓN DEL TALLER

Encuadre

Los encuadres en los que se aplicaron fueron:

Dos horas y media, los grupos de 8 o más: Un grupo de 8, 12, 16 y otro de 17 participantes. Los dos primeros grupos son continuados semanalmente y ya existentes mientras que los otros dos grupos son grupos de encuentro de un día.

Dos horas, las familias: una de 3 componentes y otra familia de 4

Hora y media, las parejas: 3 parejas (6 participantes)

Una hora, los individuales: 12

Total: 78 participantes

Se realizará el taller con grupos de entre 6 y 12 participantes heterogéneos en edades, condiciones sociales, laborales, económicas y religiosas. No deben conocer la finalidad última del ejercicio, que es dilucidar más sobre los bloqueos sociopolíticos humanos.

Se realiza en una sala de más de 20 metros cuadrados, colocando dos cintas de color blanco (adhesivas) para definir tres espacios en la sala.

Por otra parte habrá palitos de colores diferentes y variados, pueden usarse lápices o telas de colores para depositar en ellos nuestros "personajes"

Se hace una explicación del significado de "el personaje" tanto en el intorno como en el entorno.

El personaje es una serie de aprendizajes surgidos de la adaptación al entorno desde la primera infancia. Sería un rol o conjunto de roles que, aunque pudieron tener una función adaptativa útil en un principio, ya pudieran ser disfuncionales, o seguir siendo útiles pero no del yo genuino.

Este personaje nos acompaña junto a nuestro verdadero yo. Durante nuestra vida unas veces respondemos desde nuestro verdadero yo y otras desde nuestro personaje.

Ponemos ejemplos para comprender qué significa o constituye nuestro personaje (es importante que quede claro).

Es importante aclarar a los participantes que los roles en sí de nuestro personaje no son nocivos. Toda esta estructura que se construye junto al yo la llamaremos el personaje.

Del entorno, de fuera nos vienen desde que nacemos influencias en forma de roles que conforman personajes más aceptados y mas rechazados. Desde nuestra familia, nuestro entorno laboral, nuestro entorno religioso, nuestro entorno político, nuestro entorno social, entorno cultural, axiológico, etc..

Solo dos mitos no podemos quitarnos, el de la muerte y resurrección y el de el camino del héroe en la búsqueda de una integración final (con perdidas y experiencias enriquecedoras a lo largo del camino).

Comentamos algunos ejemplos para facilitar:

El bueno, el pelota, el obediente, el malote, el rebelde, el chulo, la puta, el ligón, el listillo, el huraño, el agresivo, el



en contra, el invisible, el guay, el duro, el débil, el complaciente, el tonto, el fuerte, el sometido, el trabajador, el salvador, el cumplidor, el vago....

Posteriormente se les explica que este taller es el camino de progresión existencial, ya que el hombre es siempre un ser inacabado. Explicamos que existe un acto "fundante" al transgredir las posiciones o roles existenciales pudiendo generar una nueva posición o rol. Con el tiempo será conserva, no espontaneo y posiblemente disfuncional tarde o temprano.

Ambos, el yo y el personaje, nos generarán situaciones dolorosas y situaciones placenteras.

Consignas para la exploración del personaje:

1- Desde el propio asiento intentar tomar contacto con el propio personaje e incluso ponerle un nombre.

En este punto se escucha música relajante con sonidos de la naturaleza de fondo a un volumen suave.

2- Elección sociométrica para hacer subgrupos.

Este punto tiene la finalidad de ayudar a perfilar los personajes al explicarlos y al ser preguntado por los demás de tu subgrupo, ¿para qué lo has construido, desde cuándo, y ante qué situación?, momentos clave en los que lo has reforzado, sigue siendo útil, ¿te produce perjuicios intrapsíquicos (angustia, miedos, conflictos, etc.) o relacionales (pareja, amigos, familia, trabajo...)?

Colocando las manos como una balanza y poniendo en una mano la utilidad

actual y en la otra los perjuicios, ¿qué pesa más? Si pesan más los beneficios continúa, si por el contrario pesan más los perjuicios piensa si quieres dejar de lado el personaje.

Los que habéis decidido quedaros con el personaje quedaros como espectadores hasta el feedback final, los que habéis decidido dejarlo de lado, ¡adelante!

Los que vais a dar el paso al otro lado de la cinta, qué fantaseáis con ganar y que fantaseáis con perder.

Los que decidís seguir el viaje, tomar una de las cartulinas recortadas poniendo el nombre de vuestro personaje e ir pasando al siguiente espacio pensando bien lo que os jugáis. Antes de cruzar vais a hacer una escultura cada uno de cómo os sentís con vuestro personaje. Aquí tendríamos una alternativa para el que lo necesite, sería elegir un personaje del entorno o algo con lo que relacionarme con él o ello a modo de expresión facilitadora.

Bien, ya, parte del grupo ha atravesado la primera línea (primera cinta).

Encuentro con mi verdadero yo:

Al cruzar ir dejando la cartulina lentamente y hacer otra escultura fija o móvil que represente como te percibes sin el personaje. Un primer nivel de desnudez. Tomando contacto con este estado percibo el potencial que tengo desde aquí, puedo usar el personaje sin estar esclavizado.

Por grupos de libre elección con un máximo de hasta cuatro, compartid satisfacciones y temores.

Segunda parte del taller: liberarse de los mitos:

Después de habernos liberado del personaje, vamos a liberarnos de los mitos. Entendemos que cada tipo de mito se puede cruzar con otros (familiares, culturales, éticos, políticos, profesionales, sexuales, sociales, religiosos,...). Cada palillo de color lleva apuntado un mito, tenéis que tener claro qué depositáis en ellos. Es de gran importancia que tengáis claro también, los mitos de los que estáis dispuestos a liberaros.

En este momento también se pone música de fondo.

En este momento reuniros libremente en grupos de tres o cuatro para compartir lo que estáis viviendo. Ayudaros, sois compañeros de viaje. Después cambiar de grupo para enriqueceros con más puntos de vista.

Si durante la reflexión decidís no abandonar un tipo de mito, devolved el palillo a su lugar.

Ya habrían entrado en un espacio distinto, de mayor libertad. Se les dice que caminen en él y le den interiormente un nombre.

Después pararos a meditar solos y/o en grupo si estáis dispuestos a dar el siguiente paso, cruzar la siguiente cinta, el llamado por algunos "salto al abismo": ¿qué esperáis y teméis?, dejáros profundizar emocionalmente en lo que significa este paso. Este paso se decide en el aquí y ahora pero puede ser para siempre, si no se está dispuesto no sigáis adelante.

Los que no queráis cruzar, quedaros con el resto del grupo formando el público.

Los que decidáis cruzarla, ir caminando individualmente, lentamente aceptando

la soledad de esta situación y todo lo que significa. No os preocupéis por el tiempo.

"YA HABÉIS CRUZADO LA SEGUNDA CINTA, EL TERCER ESPACIO"

Este espacio no tiene final, según os acerquéis al final físico del espacio poner un nombre a vuestra vivencia interna y otro que signifique el entorno al que habéis llegado.

Se deja un tiempo sin consigna alguna y daremos por finalizado el ejercicio al pedirles que terminen el ejercicio como quieran, espontáneamente.

Por último una puesta en común.

MARCO TEÓRICO

El marco teórico en el que me muevo va a ser siempre el del psicodrama moreniano, teniendo muy en cuenta la teoría sistémica, la teoría del poder; y con un pequeño guiño al psicodrama psicoanalítico. No obstante me propongo ser exclusivamente psicodramatista durante los talleres. Es algo, que si bien me costo en los inicios de mi profesión (finales de los años noventa), creo haber conseguido discernir, escindir y excluir un marco teórico practico del otro. Aunque reconozco que me considero más psicodramatista que psicoanalista, o por lo menos lo ejerzo en un porcentaje mucho más elevado.

Con esto y un café iremos juntos en una reflexión, que me gustaría cuestionarla y compartir vuestras críticas constructivas e inquietudes.

Se trata de movilizar la psique y las emociones.



DESARROLLO DEL ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LOS TALLERES

Bien es cierto, que, a pesar de haber realizado un buen caldeoamiento, en un encuadre de realidad absoluta los resultados podrían variar, nos inclinamos a interpretar tendencias humanas, no tanto porcentajes. Aunque, estos porcentajes, nos servirán como una referencia más.

Porcentajes:

De los 78 participantes en los diferentes grupos heterogéneos, 56 decidieron pasar la primera cinta, es decir un 71,7% ; y de los 78 iniciales pasaron la segunda cinta 12 individuos, un 15'4%.

CONCLUSIONES Y OBSERVACIONES

Lo que más me ha llamado la atención es que un porcentaje de los que no pasaban cualquiera de las dos líneas referidas en el ejercicio, lo justificaban diciendo que, así estaban suficientemente bien. Pero también había un porcentaje que reconocía no estar agusto, no seguir su deseo, pero que el cambio podía ser peor al no tener la certidumbre de lo que vendrá. Comenzaban entonces discursos referidos a: "salirse de los raíles", el rechazo por parte de personas significativas, inicio de conflictos intensos con otras personas (familia, amigos, trabajo, pareja, etc.) y visualización de escenas trágicas. Éstos, los que no cruzaban sin estar agusto, eran un 20% aproximadamente, respecto a la primera línea y un 60% aproximadamente,

en la segunda línea. Se multiplicaba por 3!

En definitiva era más potente el miedo a salir de un estado ya establecido a medida que quitábamos pilares, puntales, mitos en nuestras vidas. Es llamativo que aunque verbalizaran estar a disgusto, lo elegían. Pero me gustaría que se entendiera este estudio, no cómo crítica peyorativa hacia un sector de la población, sino como una posible característica (hipótesis) de nuestra especie humana. Todos por lo tanto seríamos poseedores de las diferentes actitudes frente a los mitos y "personaje". En ocasiones estaremos más atrapados y en ocasiones seremos capaces de despojarnos de estos mitos y "personaje" hacia un cambio.

Frases más dichas por los participantes a la hora de no dar el paso: "miedo al fracaso"; "miedo a ser excluido o rechazado"; "no quiero salirme de lo normal"; "no hay que ser un bicho raro", "tengo más seguridad si no cambio y que las cosas sigan en su sitio", "experimentos con gaseosa", etc.

Algo que me llamó bastante la atención, es que antes de cruzar la primera cinta, pero sobretodo antes de cruzar o no cruzar la segunda cinta, hubo un porcentaje alto de personas que iniciando una autocrítica devaluativa de su personaje y de los mitos, pasó progresivamente a reevaluarlos y valorarlos mucho mas en positivo que al comienzo de su discurso. Haciendo una extrapolación, veo cierta conexión con el "proceso diabólico" de escisión y, ante los miedos que internamente suscitan, el individuo vuelve a una idealización posible de su personaje o mitos. Estaríamos hablando en esta hipótesis, de nuestra capacidad de autoengaño (por supuesto donde yo me incluyo e incluyo a todo individuo de nuestra especie aunque

en diferente grado, según el momento, el rol, el mito y la estructura de la persona). Ojo! No hablo en el caso de un redescubrimiento de la parte positiva del rol o mito. Fijémonos pues en la importancia que puede tener esto, a la hora de generar cambios comunitarios, familiares, sociales y políticos.

Voy encontrando que muchas son las interferencias y el desconocimiento que nosotros humanos, poseemos, y de los cuales podemos librarnos en parte, como más adelante sugiero, desde mi humildad y deseando el cuestionamiento.

Por otra parte, encuentro el temor en algunos participantes, a generar un nuevo estado, un nuevo entorno, que después del sufrimiento de ruptura y travesía, sea igual o peor. Con las frases más usada de: “y si después de sufrir todo, me quedo igual o peor”, “más vale malo conocido...”

Las palabras más dichas por los que sí llegan al final del ejercicio al atravesar la última frontera son: libertad, incertidumbre, expectante, miedo, felicidad, liberación, caos, creatividad, desnudo, me toca a mí, tengo que ser yo sí o sí”. Incluso hubo quien dudó de haber hecho lo que “debía” fantaseando alguna escena temida.

La siguiente pregunta que me hago es, ¿hasta qué punto, las decisiones de no seguir o de seguir, mantener roles y mitos o no, son suficientemente conscientes en nosotros? Es decir, hasta qué punto ese miedo primigenio del individuo y de la especie nos frena o nos genera una respuesta contrafóbica, reactiva pero no espontánea. Espontánea en el sentido psicodramático, es decir mesurada, genuina, coherente con el individuo y la situación.

En mi opinión, o mejor dicho, en mi intuición, encuentro que existe un miedo primigenio en las especies y más concretamente en mamíferos y aves. Aquí el *homo sapiens sapiens* destaca tanto por el altísimo nivel de sus fantasías temidas, como por la osadía y valentía para transgredir siguiendo sus fantasías deseadas.

Este *homo sapiens*, nosotros, vamos, temería como consecuencia última, la soledad, el destierro e incluso la muerte. Curiosamente aquí encontramos conexión con los mitos inexorables: el héroe viajero y la muerte-resurrección.

Estas fuerzas opuestas, estas tendencias internas de la especie nos habría llevado a construir muchos y variados sistemas sociales, pero también a anclarnos excesivamente quizá, en algunos de ellos, si no en todos ellos.

Otro dato me llamó la atención: aproximadamente un 70 % de los que se quedaron en el segundo espacio, es decir, atravesando la primera cinta, coincidían en mantener la tesis de que tenían que ser “buenos”. Esto nos haría investigar en otros talleres o en terapia si les movía más la empatía queriendo hacer el bien y no el daño al “otro”, o les movía más el miedo a la soledad tras el daño al “otro”. Ahí os lo dejo...

Pude percibir en algunos momentos otro efecto digno de estudio en otros talleres, el efecto contagio, el efecto seguridad en matriz grupal, el efecto mayoría. Este efecto no pude estudiarlo a fondo y no se dio en los talleres individuales como es lógico, pero también queda abierto a quien quiera investigarlo. Ahí queda también...



Aquí y ahora, me gustaría señalar algunas referencias a modo de incitar al pensamiento:

- Magia, mito y psicodrama, C.M. Menegazzo “Psicodrama, la propuesta de una nueva matriz”, pag.102-105 . En este caso Menegazzo nos propone de una manera clara, cómo el psicodrama puede ser esa herramienta que posee la humanidad para explorarse a sí misma y la riqueza que podría darnos integrarla en la cultura de forma generalizada.

- Psicoterapia de grupo y psicodrama, J.L. Moreno. “La familia terapéutica”, pag. 237-242. En este ejemplo de terapia familiar nos encontramos la demostración de cómo el psicodrama se aplica en una familia y de cómo sería un gran camino en la comunidad de vecinos, los colegios, los trabajos, hospitales y comunidades de mayor tamaño. Moreno termina escribiendo: “el intercambio de papeles con todas las personas y objetos del entorno parece ser, al menos teóricamente, una exigencia imprescindible para el establecimiento de una comunidad psicodramática”.

- Introducción al role-playing pedagógico, Elisa López Barberá y Pablo Población Knappe. En este caso el libro al completo nos puede dar una guía de cómo divulgar el psicodrama y más concretamente el role playing pedagógico, pero recalco las aplicaciones de el capítulo 5, pag. 119-141, como prueba de la posibilidad de enriquecernos con el psicodrama tanto en niños, como adolescentes, en adultos y en personas mayores.

- Teoría y práctica del juego en psicoterapia, Pablo Población Knappe, capítulo 1.3 pag. 30, “la psicoterapia

persigue ayudar a un individuo o grupo a salir de su parálisis o de su crisis patológica”. En esta página encontramos lo que yo intento transmitir de una manera muy clara solo que, desde el individuo. Pues bien, si extrapolamos esto a la sociedad, nos encontraríamos con la llave para salir de sociedades en parálisis y poder romper mitos para generar otros nuevos y más espontáneos, más acordes justos y creativos.

- Psicoterapia psicodramática, Dalmiro M. Bustos, Dalmiro hizo una explicación muy buena del peso del inconsciente en psicoterapia psicodramática, en el capítulo con ese mismo título en la página 39 de dicho libro, señalando los peligros de darle tanta fuerza o importancia como le dan los psicoanalistas al inconsciente, pero teniendo en cuenta su existencia. Moreno llegó a hablar y explicar el coinconsciente, o, como sabemos del libro “las bases de la psicoterapia” de moreno, cuando en la segunda conferencia habla de la función del inconsciente. Me parece importante aclarar esto ya que yo, soy psicoanalista y psicodramatista. Aquí creo que el psicoanálisis o, algunos psicoanalistas, pecan de omnipotentes jugando el inconsciente y protegiendo sus propios miedos de la escena, lo cual es un verdadero abuso intolerable e impositivo. Por otra parte he de reconocer la riqueza que descubro en el psicoanálisis a la hora de pensar causas dinámicas en el individuo. Respecto al psicodrama rompo una lanza a favor de su, poco valorada y sin embargo abundante, teoría intrapsíquica. Lo que en otro momento anterior llamamos “intorno”, ya que tiene en cuenta muchísimos procesos intrapsíquicos a la par que asume el presente, la realidad, el momento, el aquí ahora.

Sea como fuere, como yo no quiero enredarme en una eterna discusión con este tema, continúo con mi verdadera intención en este trabajo.

CAMINOS PROPUESTAS MÁS ALLÁ DEL TRABAJO TALLER

¿Qué hacer si reconocemos una dificultad salvable en el individuo social? Haría falta pues, una educación en este camino, ayudándonos a hacer y deshacer, a mantener y saborear los mitos que construimos. Así lograríamos que la especie humana fuera más consciente del inconsciente (haciendo un guiño a Freud y para provocar cariñosamente a mis maestros y amigos Elisa López y Pablo Población), pero incidiendo en mayor medida en el status nascendi, en el aquí ahora, en las técnicas psicodramáticas como forma de dar el paso adelante, escapando de un rico pero excesivo determinismo.

Este nuevo estado social humano nos permitiría movernos con más flexibilidad, legitimidad, responsabilidad, naturalidad y espontaneidad. A demás sería más difícil aplicar el miedo al resto del grupo como forma perversa de poder, que tanto daño hace.

Por supuesto este estado educacional o de aprendizaje, tendría que tener una característica de fomento muy alto del cuestionamiento de todo, absolutamente todo. Así conseguiríamos usar nuestros potenciales psicológicos y emocionales en lugar de dejarlos, abandonarlos a la buena y mala fe de los líderes grupales, sociales, políticos, Estatales.....

Estaríamos hablando de una cultura educacional, de aprendizaje, de juego desde las escuelas hasta los adultos en sus trabajos, pasando por las familias e instituciones públicas y privadas.

Evidentemente esto, intuyo que se reflejaría en el arte y la literatura, pero también en la arquitectura, sistemas políticos - sociales, y en general en todo. El Estado estaría por encima del Gobierno y del capital.

Y aquí voy a meter un poco de caña, algunas críticas a nuestros sistemas. Lo digo en plural porque se dan en todo el mundo.

Los gobiernos tendrían una función muy importante, clave, de mantenimiento, cuidado y alentamiento hacia esta fórmula, esta cultura. Hoy por hoy no la cumplen, o lo realizan en un grado muy bajo. Incluso en muchos casos los Gobiernos se mueven en direcciones opuestas a esta tesis. Ojo! Me puedo equivocar, pero creo que merece la pena pasar esta "cinta", esta línea, y a ser posible, sin conflictos armados.

Actualmente muchos Gobiernos o autoridades abusan de su soberanía, generando un uso perverso de la autoridad ("el poder", peyorativamente hablando). Proponen con miedos, con amenazas, con luchas de poder entre autoridades o partidos políticos, con dinero, con mentiras. Es ridículo cómo permitimos esto sin pasar la cinta, aunque ya sé el por qué, un poco mejor.

Sería inevitable excluir de este neo-sistema mundial, aquellos países o regiones que no entraran en este espacio, ya que, no podríamos competir con precios de explotación (como ocurre hoy en día) y el neo-sistema se colapsaría.



Claramente, la pobreza y falta de espontaneidad promovida por los sectores que poseen autoridad (otorgada) genera desigualdades insolidarias y primitivas.

Otro dato terrible es la cantidad de guerras y muertes que se dan en nuestro planeta movidos por narcisismos y otros rasgos egoístas.

Necesitaríamos que desde algunos sectores se abriera un debate natural

sobre las culturas en conserva dañinas y la cultura de la espontaneidad educativa cuestionadora (EEC) como fórmula de evolución. Estas siglas las invento lúdicamente como tinte cachondo. Nos llevaría décadas hasta que cuajara, llegara a los gobiernos y en consecuencia a los Estados.

BIBLIOGRAFIA

Introducción al role-playing pedagógico. López Barberá y Pablo Población Knappe. Desclée De brouwer.

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

Las relaciones de poder. Pablo población Knappe. Fundamentos

Psicodrama y Psicoanálisis. Daniel Valiente Gómez. Fundamentos

Psicoterapia de Grupo y Psicodrama. J. Levi Moreno. Fondo de cultura económica.

Las bases de la psicoterapia. J.Levi Moreno. Hormé, Paidós.

Psicoterapia Psicodramática. Dalmiro M. Bustos. Paidos.

Psicoterapia del grupo. Leon Grinberg, Marie Langer, Emilio Rodrigue. Paidos.

Magia, Mito y Psicodrama. C.M. Menegazzo. Paidos.

Voces nuevas

APLICACIÓN EN ÁMBITO DOMICILIARIO Y COMUNITARIO de atención a familias de usuarios del EASC de Colmenar Viejo

Andrea
Montuori



Trabajador Social del Equipo de Apoyo Social Comunitario de Colmenar Viejo (Madrid), centro gestionado por Grupo5 RPS. Coordinador de la Asociación de Acompañamiento Terapéutico y Teatro Espontáneo Pasos

andmadri@yahoo.it / asociación.pasos@gmail.com

Introducción

Este trabajo fue escrito y presentado durante el XII Congreso Estatal de Trabajo Social y Salud, celebrado en Madrid los días 21-22-23 de mayo de 2015 en la Universidad Pontificia de Comillas (Madrid), con motivo de exponer el trabajo con familias en contextos comunitarios. La ponencia se enmarcó dentro del segundo eje programático del congreso titulado: “Trabajo social comunitario en salud: participación ciudadana y promoción de la salud”.

La comunicación se ocupó principalmente de los aspectos terapéuticos del trabajo social, con familias y en ámbitos socio-comunitarios, basada en el “Programa de Familias” llevado a cabo en el EASC de Colmenar Viejo que atiende a pacientes y familiares de personas con diagnósticos de enfermedad grave entre los 18 y 65 años de edad atendidos en los Centros de Salud Mental y derivados sucesivamente a la red de rehabilitación psicosocial, en la que se incluyen los Equipos de Apoyo Social Comunitario, y las diferentes formas de intervención con familias que se ejecutan en dichos recursos.

Al tratar la cuestión de la familia como grupo primigenio y al incluir aspectos teórico-prácticos procedentes del psicodrama es posible que este artículo pueda interesar a los lectores de Vinculos.



Resumen

Abordar la intervención familiar en domicilio o más en general en lo comunitario, significa para el profesional acostumbrado a trabajar o pensarse desde una consulta, algo como jugar fuera de casa, es decir salir de su despacho o de la zona de seguridad; esto nos pone ante el dilema sobre qué supone a nivel metodológico atender en domicilio y que repercusiones terapéuticas tiene esta intervención. Cuando uno, es él que se acerca al espacio del otro, surgen preguntas como: ¿qué posición puede o debe asumir el profesional con respecto a este otro lugar?

En base a esto último, podríamos pensar en dos aspectos que tienen que ver con la ética por un lado y con la libertad por otro, cuestiones que abrirían el campo a una reflexión compleja que nos llevaría demasiado lejos. Más concretamente para presentar este trabajo, la palabra libertad nos puede llevar a pensar en ella, bien como un obstáculo o bien como una ventaja, dependiendo de cada contexto de trabajo en el cual nos movemos como profesionales de la salud, como por ejemplo: la consulta, la calle (la comunidad) o el domicilio.

De qué manera el contexto influye modificando la libertad de la que podemos disponer como profesionales durante nuestras intervenciones. Incluiría además las fronteras éticas del trabajo con familias en domicilio o en la comunidad. La libertad puede que no tenga propiedad privada, pero los espacios sí, y esto añade un conflicto al tema, superar este conflicto “en casa de quién estoy”, puede que sea uno de los grandes avances terapéuticos, dicho de otra forma, de quienes son los contenidos que se tratan durante un encuentro.

¿La propiedad del espacio es un condicionamiento? ¿Qué lugar se les puede brindar, en términos operativos a las familias en ámbitos socio-comunitario? ¿Cómo y cuándo se las puede atender? ¿Cuánto tiempo se les puede dedicar? Estas simples preguntas fueron estructurando el “Programa de Familias” y acompañan el trabajo que aquí se va a presentar. A la par esto permite una reflexión sobre qué tipo de formación es la más indicada para un profesional que se mueve en estos ámbitos poco tradicionales, y que le consienta probar a responder a estas preguntas. Desde una aproximación a los aspectos clínicos y terapéuticos presentes en el rol de trabajador social y sus consecuencias en la atención individual, grupal, familiar en diferentes contextos, se intentará contar la experiencia y confrontarla con aspectos teóricos útiles para la creación y revisión de las praxis.

Palabras Clave

- › Locus
- › Matriz
- › Familias
- › Atención en domicilio
- › Comunidad
- › Enfermedad mental
- › Psicoanálisis
- › Psicodrama
- › Sistémica
- › Paciente identificado
- › Comunicación
- › Clínica
- › Grupo
- › Acompañamiento terapéutico

El EASC y el Trabajo Social como “locus” y “matriz” de crecimiento de la atención a familias: origen de la experiencia.

“Las familias tienen sus propios planes y sus propios ideales, y los tienen mucho más claros de lo que la trabajadora social se imagina. Conviene entender esto perfectamente desde el principio y tenerlo siempre muy en cuenta. De otra forma, nuestros planes se verán irremisiblemente abocados al fracaso.”

M.E. Richmond, El diagnóstico social

El Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) de Colmenar Viejo, constituye un recurso complementario a la red de centros de atención social.

Está formado por un equipo multidisciplinar (Psicólogo, Trabajador Social, y dos Educadores) que trabajan en el medio comunitario y que ofrece el apoyo social necesario para que personas con enfermedad mental grave y duradera puedan mantenerse en su propio domicilio o en el entorno familiar, evitando situaciones de riesgo de marginación o de institucionalización.

Desde el EASC:

1. Mejoramos la calidad de vida de la persona y la ayudamos a valerse por sí misma en las actividades cotidianas.
2. Ayudamos a las familias en las dificultades de la convivencia familiar.
3. Informamos y orientamos sobre recursos sociales y económicos a las personas usuarias y sus familiares.
4. Luchamos para evitar el aislamiento y abandono de personas con enfermedad mental.

Los usuarios de estos recursos deben estar atendidos en los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid que les corresponden por zona de referencia. Los profesionales del Programa de Continuidad de Cuidados de cada centro de salud mental proponen las personas que pueden beneficiarse de los recursos. Además, para acceder a ellos deben cumplir con el perfil general establecido por la Consejería de Asuntos Sociales

El Trabajador social, según las prescripciones técnicas que definen las funciones de cada uno de los profesionales, tiene la responsabilidad de organizar y liderar el tipo de atención que se plantean en los puntos dos y tres arriba mencionados, dicho de forma vulgar “eso de la familia y las ayudas, le tocan al Trabajador Social”. El profesional que trabaja en el campo del trabajo social y específicamente en el ámbito de la salud mental, tendrá que preguntarse qué modelos teóricos están a su disposición, para llevar a dirigir intervenciones prácticas con las familias. Claramente cada profesional se encuentra ante la responsabilidad de elegir el modelo que mejor le explica la realidad que observa y transformar la teoría en práctica. Ese pasaje es muy delicado dado que compromete al profesional éticamente.



Los modelos son diferentes y todos a su manera interesantes:

1. Organícista
2. Psicoanalítico
3. Cognitivo
4. Conductista
5. Humanista
6. Sistémico
7. Integración de los diferentes modelos

Muchos de estos modelos contemplan la intervención in situ, pero casi ninguno de manera exclusiva y prolongada en el tiempo.

De la necesidad al recurso: Pensamiento, acción y cambio

La necesidad de abrir un espacio para el trabajo con las familias de las personas atendidas en ámbito socio-comunitario, hizo necesario un planteamiento de atención teórico-práctico adaptado a dichos contextos y marco de trabajo anteriormente descrito. Históricamente los referentes de la atención a las familias, más allá de la atención a domicilio de los trabajadores sociales, han sido las escuelas del modelo sistémico, desde sus orígenes hasta hoy y donde destacaría la experiencia de la escuela de Palo Alto y su trabajo con las familias de pacientes con diagnósticos de enfermedades graves como la esquizofrenia.

Conceptos como el de “paciente identificado” (PI) u otros anteriores más controvertidos como el de “madre esquizofrenógena”, focalizan la atención sobre el aspecto relacional, vincular o ambiental, incluyendo en este último

la relación con la comunidad. Por otro lado la perspectiva psicodramática existencial, hace de la atención en los lugares donde se enferma una base para el trabajo familiar en domicilio y en ámbito comunitario. Para ello, J. L. Moreno (creador del psicodrama) menciona su Teatro Terapéutico. Alguno de los aportes de la perspectiva psicodramática son la teoría de los roles y conceptos como el de “rol complementario patológico”. Es interesante incluir en este recorrido otra parte del vocabulario moreniano como el de “locus” y “matriz”.

Desde estas perspectivas teóricas se ha ido desarrollando la experiencia del “Programa de Familias” planificada desde el año 2012 y llevada a la práctica desde el 2013 hasta la actualidad.

Sobre todo lo que diferencia esta experiencia de otras planteadas en el ámbito de la rehabilitación psicosocial madrileña, es basarse sobre una idea de familia como un todo, por lo tanto el programa propone atender a la familia como un caso, incluyendo al paciente identificado en este todo, descentrando el foco de atención sobre un único elemento, y rompiendo el prejuicio que sitúa lo enfermo en un único lugar, estigmatizado por los familiares, profesionales e instituciones en general que se autodefinen a sí mismos “sanos”. Los encuentros con la familia no son por lo tanto encuentros con los familiares del enfermo, como plantean modelos más psicoeducativos. La atención de este trabajo se ha centrado a lo largo de los encuentros, en la aparición de nuevos significantes sobre la vivencia que tienen de sí mismos los miembros y la familia en su conjunto. El objetivo principal del programa es procurar situarme como profesional paulatinamente en el lugar

de facilitador del cambio, ubicando al paciente identificado en el lugar de agente de cambio, capaz de traer ayuda y atención profesional a la familia. Dejar así el rol simbólico de chivo expiatorio, portavoz y depositario de las ansiedades familiares tan frecuentemente atribuido al PI. En ese sentido las experiencias psicoanalíticas con enfoque familiar tienen mucho que aportar con respecto a estos movimientos inconscientes.

Por el contrario, posicionarse al lado del PI, por parte del profesional puede resultar una actitud nefasta, dado que supone unas prenociones que le desautorizarían frente a los otros miembros de la familia; por lo tanto mostrase con un interés genuino hacía todos los miembros no solo es éticamente responsable, sino estratégicamente necesario. Incluso no es de extrañar, que el protagonista o emergente durante los encuentros sea otro miembro de la familia. El riesgo del paternalismo, a menudo presente en la intervención social, hace que la atención tenga que ser por clisé centrada sobre el PI, aunque la realidad del encuentro diga otra cosa. Reforzando que no se rompan dinámicas familiares enquistadas, fusionarse con ellas, y ser tragado por las leyes familiares. Alimentar un más de lo mismo sin darse cuenta.

El programa Inició el 5 de febrero de 2013, tras el primer ciclo de visitas anotaba en un registro:

“Con fecha 9 de Abril finaliza el primer ciclo de intervención familiar basado en el Programa de Familias, durante este tiempo se han podido llevar a cabo todas las visitas previstas menos las de las familias A y B. La aceptación de esta

intervención ha sido buena. Ha permitido estructurar en el equipo y aclarar a las familias cómo y cuándo se lleva a cabo una visita. Se ha podido recuperar el contacto con las familias de aquellos usuarios de larga duración con los cuales ha ido bajando la intensidad de nuestra intervención en el domicilio, dada la mejoría del usuario o estabilización de la situación, como en los casos de las familias: C, D, E, F, G, H e I

Por otro lado se han podido abordar temas, conflictos o aportaciones de aquellas familias particularmente angustiadas o con dificultad en la relación con su familiar, por ejemplo en familias: L, M, N O, P, y Q.

También ha sido posible iniciar un contacto que solo fue esporádico en los comienzos de la intervención, como en el caso de las familias R y S

Donde más confusión ha habido al no poder diferenciar el espacio de intervención individual del familiar, ha sido en los casos de las familias T y U”...

Intervención Terapéutica en trabajo Social: encuadre, casos y viñetas clínicas:

Encuadre general del programa:

El programa incluye a 19 familias de los usuarios del EASC y se realiza dos veces a la semana los martes a las 13:00 y a las 16:00 horas. Las intervenciones durarán de un mínimo de 50 minutos a un máximo de 1h y media.

La frecuencia de la atención a cada familia será de una vez cada dos-tres meses,



tiempo durante el cual es posible realizar un ciclo de visitas para las 19 familias, teniendo en cuenta la posibilidad de realizar ocho intervenciones mensuales a ocho familias diferentes.

Casos y tipología de familias

Dependiendo del vínculo que se establece con cada familia y dependiendo del nivel de confusión en la comunicación que nos encontramos, es posible representar diferentes formas de desempeñar el rol, de más a menos directivo, a más o menos cercano, eso sí, sin volverlo rígido.

En las 19 familias atendidas hay un subgrupo donde la unidad de la convivencia está formada por madre e hijo, otro formado por madre padre e hijo/a, mientras el resto son unidades de convivencia formadas por hermanos y familias extensas (que incluyen parejas, hijos, nietos). En todas existe un familiar más implicado emocionalmente en la relación con el PI. Por tipos de familias no me refiero a definiciones sociológicas o antropológicas, sino exclusivamente a la descripción de la casuística que me he encontrado entre los usuarios del EASC, es decir, el núcleo de la convivencia puede incluir a personas no consanguíneas, pero es importante recordar que consanguíneos no convivientes, amigos o vecinos pueden aparecer, durante parte o la totalidad de los encuentros, si existe acuerdo implícito o explícito sobre ello.

Un apunte metodológico

Las intervenciones tratan en muchos casos de hacer aquellas preguntas que los miembros no llegan a hacerse,

ampliando la información que motiva las conductas manifiestas. Poder hacer aquellas preguntas que no se hacen, facilita salir de la literalidad de la comunicación que impide en muchas ocasiones la búsqueda de otros repertorios representacionales.

Una Viñeta: La familia C

En un encuentro que tuve con la **familia C** (por proteger su anonimato se pondrán siglas y nombres inventados a todos los casos que se expondrán a continuación); concretamente con María PI y su hermana mayor Ana, con la que convive (esta última asume un rol explícito y simbólico de madre sustituta dado el fallecimiento de los progenitores cuando María era una niña), ambas me comentan que están peleadas. Ana con su nieto de un año en los brazos, me dice que no está contenta con su hermana porque no sale de casa, no hace bien las tareas domésticas y que cuando esta mañana se la encontró en la cama a las diez, se ha cabreado con ella y le dice que si sigue así no podrán convivir. Por otro lado María dice que su hermana la trata mal, que le dice que no limpia bien y que la regaña si la ve parada; añade que en cuanto pueda se irá a vivir a otro sitio con su hija. **Llegados a este punto le pregunto a Ana el porqué de su enfado**, ésta contesta que siente que su hermana le toma el pelo, la engaña y que ella quiere que María se mejore y se active porque está engordando, que no puede verla así. María escucha que el motivo del enfado de Ana tiene que ver con la preocupación por su salud, **expongo en voz alta este pasaje a ambas, pero a la vez señalo que María se siente maltratada y las maneras de**

su hermana mayor no le llegan como una ayuda, sino como un reproche incomprensible. Se establece a partir de este momento un encuentro diferente entre las hermanas que parecen comprender las razones de la otra. Acto seguido Ana expresa con su nieto de un año en sus brazos la sobrecarga que siente dado que toda la familia se apoya en ella, y hace un elenco de tareas de cuidados de hijos, cuñadas, nietos y manifiesta abiertamente su cansancio. La cita se termina saliendo de la casa sacando al bebe en el cochecito donde ambas hermanas se van acompañando en esta tarea.

Objetivos y justificación del Programa de Familias

Apoyo socio-económico como mecanismo de enganche y vinculación de las familias al programa:

(Esta premisa se estipuló como manera de generar aceptación y legitimación sobre el programa pero a lo largo de las intervenciones se ha visto prácticamente innecesaria dada la buena acogida de la intervención en sí, que recoge una demanda latente de atención.)

1. Asesoramiento para: minusvalía, pensiones, ayudas económicas, ley de dependencia (incluye coordinación con SS.SS, integración laboral (INEM))
2. Intervenciones sistémicas dentro del núcleo familiar (análisis de los mecanismos relacionales, para aliviar situaciones de sobrecarga de uno o más miembros de la familia del usuario) asesoramiento y apoyo emocional.

3. Integración de intervenciones simultaneas con otros recursos-profesionales, como se relaciona la familia con la complejidad de los recursos socio-sanitarios con los cuales entran en relación

4. Integración comunitaria de los miembros de la familia cursos, deportes, talleres, grupos (participación en general) relación con estos diferentes sistemas sociales y con los miembros de la familia no incluidos en la convivencia

5. Como repercuten los puntos anteriores en las relaciones familiares (homeostasis), relación con el adentro y el afuera (sistema familia con otros sistemas)

6. Generar un espacio estructurado de comunicación entre los familiares.

7. Facilitar nuevos canales de comunicación (efectiva y afectiva) donde se fomente la espontaneidad.

8. Mejorar la comunicación de la familia con el afuera (evitar rivalidades y boicot de las intervenciones)

9. Superar roles y posiciones estereotipados entre los miembros y entre los miembros y el afuera

Estos puntos intentan integrar el abanico de aspectos que se llegan a presentar en la intervención familiar a nivel operativo o manifiesto. Pueden aparecer de forma conjunta o específica e incluyen aspectos: Sociales, institucionales, comunitarios, grupales, intersubjetivos, individuales y psicológicos.



Apuntes teóricos: Teoría de los clusters, La proxémica y Las relaciones de poder.

La teoría del psicodramatista **Dalmiro Bustos**, define tres tipos de **clusters** (presentes, ausentes o deficitarios) que resultan de gran interés clínico, a continuación una pequeña síntesis para identificarlos:

Materno: *Relación en la que el individuo aprende a depender (ej. Madre-hijo), que es un rol complementario.*

Paterno: *Relación en la que el individuo aprende a conquistar gradualmente su autonomía. Necesita un yo auxiliar que le enseñe a sujetarse sobre sus propios pies.*

Fraterno: *Relación que se aprende desde la simetría y que contienen tres dinámicas: Compartir, competir y rivalizar.*

Entre prácticas y teorías

En esta **familia** por ejemplo, que identificaremos con la letra **V**, la perspectiva de Dalmiro Bustos fue muy útil para ver las carencias de los cluster y mi posición dentro del grupo familiar. La unidad familiar está conformada por padre, madre, una hija mayor y el hijo menor PI. Durante las reuniones suelen estar presentes padre, madre e hijo. Manuel, el hijo, suele estar en silencio mientras los padres ante mi presencia hacen un reporte de la situación percibida por ellos sobre el hijo, con un lenguaje frío y distante, casi como si estuvieran hablando en el lugar de profesionales que mencionaran a un paciente, buscando en mí una cierta alianza (sumando más peso a sus conclusiones). De vez en

cuando le preguntan a Manuel si lo que dicen es así, o si entiende lo que están diciendo. Éste se queda bloqueado y cuando empieza a hablar, los padres le interrumpen corrigiéndole (lo que podría hacernos pensar en un doble vínculo). Hay mucha exigencia en el ambiente, rabia y culpa. Mi posición frente a esta escena que definiría violenta, es simplemente ser testigo; que acepten mi presencia sin percibirlo como una amenaza; poder representar un elemento de confianza para los tres y a través de la repetición de los encuentros, hacer un trabajo de **andamiaje** que no intente romper la homeostasis añadiendo violencia profesional a la violencia familiar. Casi haciendo de **espejo** al hijo, compartiendo con él el silencio en una posición próxima al **cluster fraterno**, donde a medida que disminuya la presencia paterna, pueda ir interviniendo y de apoco legitimar la voz silenciada. Sin crear una alianza artificial o desde un **contrarol** de apoyo incondicional al hijo, en contra de los padres “dominantes”, que le expondría a un ulterior rechazo por parte de los progenitores y a un rechazo del profesional, de su posibilidad de intervenir y quizás reforzando el rol de “víctima” desde el cual se maneja el hijo.

- Escribiendo este caso me doy cuenta también de las relaciones de poder presentes en esta familia **poder de arriba** ejercido por los padres y **poder de abajo** ejercido por el hijo, una interesante perspectiva clínica del psiquiatra y psicodramatista **Pablo Población**.

- Por otro lado en cuanto a la observación espacial y corporal son interesantes los aportes de la **proxémica** donde se investiga la relación entre las distancias

entre los miembros como reflejo de las relaciones inconscientes entre ellos.

También destacaría como relevante la presencia-ausencia durante la reunión de los miembros de la convivencia, el nivel de participación y los aspectos no verbales de la comunicación.

Clínica y grupos: El psicodrama, el modelo sistémico y el acompañamiento terapéutico grupal (ATG), y su influencia en la atención a las familias.

*“Yo comienzo donde usted termina, doctor Freud. Usted se reúne con personas en el espacio artificial de su oficina; yo las busco en la **calle** y en el **hogar**, en sus **circunstancias naturales**. Usted analiza sus sueños. Yo intento infundirles el valor de volver a soñar. Les enseño a jugar a ser Dios”.*

Célebre frase de Moreno en un encuentro con Freud.

La atención en domicilio

El domicilio como locus privilegiado para atender a la familia, el salón como espacio para los invitados donde se acoge a lo diferente, al “extranjero”. La casa como entorno histórico y biográfico, como marco físico de las relaciones familiares, frontera entre el adentro y el afuera. En este mundo se introduce la intervención. La familia se presenta con su **conserva cultural**, con patrones aprendidos de relación que se repiten

de forma automática. Un ejemplo de ello sucedió durante una primera entrevista y se manifestó en el micro-diálogo que sigue a continuación, donde preguntando a un padre, se presenta toda la escena patológica previa al encuentro, que se reproduce o representa en el aquí y ahora:

TRABAJADOR SOCIAL: *¿qué tal, cómo está?*

PADRE: *¡mi hijo tiene que dejar de fumar!*

Dice J. L. Moreno hablando del Teatro Terapéutico: *“Pero el verdadero teatro terapéutico es el hogar privado. Aquí surge el teatro en su más profundo sentido, porque los secretos mejor guardados se resisten violentamente a ser tratados y expuestos.”* (Moreno, 1993)

El profesional se introduce en la **escena** y puede jugar alternando entre ser de dentro (casa) y ser de fuera (extranjero-profesional), permitiendo así una nueva conexión de los miembros de la familia, que en virtud de este encuentro se comunican entre sí y entre sí y el afuera. Dirigir ese encuentro por parte del profesional, puede representar el primer acto terapéutico vivenciado por la familia. Donde a partir de este momento se produce una **“inversión de roles”**: el profesional hace un movimiento novedoso pidiendo permiso para entrar en el domicilio **“entrar en un territorio privado”**. Podríamos decir que el profesional usa una técnica activa, es él que se acerca a la familia, no la familia la que se acerca a él. Algo de las relaciones de poder se invierte y rompe el delicado equilibrio que hasta este momento



sostiene a la familia. Entre reflexiones y técnicas señalaría estos puntos:

1. En el primer encuentro tras la presentación del profesional, de su recorrido y cómo llega hasta allí, se puede solicitar una presentación de uno en uno de los miembros. Es una forma que organiza la comunicación, permite la escucha y se introduce una nueva cultura no centrada en el PI. (Esto cuando el clima familiar lo consiente).
2. El Profesional es testigo de esta escena y es una ocasión privilegiada de recogida de datos. Revisitar la historia familiar contada por cada uno de los miembros, integrándola a la vez.
3. Observación de la homeostasis (que equilibrio han encontrado)
4. Priorizar la alianza terapéutica sobre el cambio
5. Facilitar pequeños cambios, no revoluciones, rescatando los temas que generan dolor, señalarlos para que sean consciente de lo que les hace sufrir (identificar el momento adecuado y prudencia en las primeras citas)

Recomendaría la importancia de limitar la ambición del profesional en alcanzar objetivos ideales o de manual, se trata de conectar emocionalmente con la familia y con cada uno de los miembros y ponerse como objetivo que cada uno se quede con la sensación de haber sido escuchado y comprendido. Por lo tanto, evitar situarse al lado de uno de los miembros y generar bandos y de esa forma deslegitimarse. Se debe tratar de mantener una equidistancia. Entender la alianza terapéutica entre el profesional y la familia como un elemento fundamental para el avance de las relaciones,

incluyendo en el **sistema terapéutico** al profesional. Es fácil caer en la trampa de culpar a algún miembro de la familia, defender a otro o asumir un rol poderoso de profesional que trae soluciones que arreglarían los problemas, generando resistencias hacia la intervención o *roles complementarios patológicos* del tipo dominio-sumisión, sustituyendo una dinámica patológica por otra.

El error de traer certezas y verdades, instaure simbólicamente una moderna "camisa de fuerza". Abandonar por lo tanto posiciones educativas excesivamente pedagógicas e incapacitantes, y abrirnos por lo contrario a una posición terapéutica, clínica y social mejorando la calidad de nuestras intervenciones para convertirnos en interlocutores fiables y no en inspectores del bueno o mal funcionamiento familiar. Posibilitar cambios auténticos, respetando la cultura familiar y la homeostasis necesaria. Trabajando con grupos y en particular con el grupo primigenio (la familia), es inevitable no aprovechar el bagaje que ofrece el modelo sistémico tanto de sus diferentes escuelas, autores, como de algunos conceptos útiles para tener una perspectiva amplia sobre el funcionamiento de ciertas interacciones observadas durante el trabajo con familias, como en el caso de **Gregory Bateson** y su concepto de Doble Vínculo son un claro ejemplo de ello.

En una intervención con la **familia S**, por ejemplo, donde la unidad de convivencia está formada por Juan PI y su madre Ángela, la relación es confusa y poco eficiente y con una destacada comunicación paradójica. Se observa un patrón que reproduce una pauta similar a la que Bateson denominó doble vínculo, en él se prohíben mutuamente salir de

casa, por los peligros que hay afuera, al mismo tiempo que expresan la necesidad de salir más, quedando encarcelados en su propia paradoja de preocupaciones paranoides más o menos graves. Esto es uno de los múltiples ejemplos observados en las 19 familias atendidas, de este tipo de relaciones familiares.

A la par son interesantes los aportes de:

- Murray Bowen: *Indiferenciación del yo*
- Mara Selvini: *Juego familiar*
- G.W. Brown: *Emoción Expresada*
- I. Boszormenyi-Nagy / G.M. Spark: *Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional, lealtad contabilización de méritos y obligaciones*
- V. Satir: *Comunicación y pautas transaccionales*

En los casos de Geraldine M. Spark y Virginia Satir, ambas fueron trabajadoras sociales y terapeutas familiares, hecho interesante para legitimar nuestra profesión en el campo de la terapia y crear vías oficiales de especialización en este ámbito.

La familia y la comunidad: el peligro del aislamiento

El progresivo aislamiento de la familia debido a la dificultad de lidiar con las crisis, ha generado una brecha cada vez más amplia entre la familia y la comunidad, acrecentando un discurso autorreferencial cada vez más distante del afuera. Lo único que rompe este aislamiento en muchos casos son los medios de comunicación (la televisión, radio, internet, video juegos), que funcionan de enlace con el mundo,

donde la familia adquiere los significantes y los contenidos de su discurso que se convierten en la única realidad. La llegada del profesional, como hemos visto rompe esta membrana y permite la entrada de otros elementos de la realidad, menos virtuales y más humanos, significando en sí mismo una apertura hacia la comunidad.

Que permite ventilar los productos de la convivencia y brinda una nueva posibilidad de enlace con la realidad.

En muchas familias te hablan de las noticias del telediario y aparecen angustias y preocupaciones muy lejanas de la cotidianidad, y con una progresiva pérdida de la realidad subjetiva en favor de una pseudo realidad social muy próxima a la pérdida de la razón y a la pérdida de la identidad subjetiva y familiar, una barrera que impide la relación con la comunidad.

Siguiendo con el ejemplo de la **familia S**, me doy cuenta de la necesidad de relación con el afuera de ambos (madre-hijo) y para salir del entuerto, les propuse la idea de comer juntos durante las reuniones, y generar un espacio de relación menos centrado en la queja sobre lo “encarcelados” que se encuentran y generar un espacio de libertad, mediatizado por una tarea que nos uniera y nos permitiera diferenciar las funciones, donde cada uno se ocupara de algo, permitiendo una comunicación más adecuada desde la diferencia y abriéndonos a contenidos menos ansiosos y más espontáneos. Aceptaron la propuesta y finalmente se fue estructurando una dinámica donde yo me ocupaba de traer el postre de una pastelería del pueblo (casi como símbolo de lo dulce que puede



ser el afuera) mientras ellos se ocupaban de preparar la mesa y la comida en una lógica de acción cooperativa, novedosa para ellos, comparado con los anteriores encuentros.

Crear nuevas matrices, la comunidad dentro-fuera y el Acompañamiento Terapéutico Grupal (ATG)

El pasaje del grupo familiar a otros grupos y de lo grupal a lo comunitario en una secuencia constructivista de ámbitos de pertenencia y de diferenciación de roles e identidades, consiente fomentar este intercambio entre el adentro y el afuera. Crear nuevas matrices, nuevas semillas de crecimiento y aparición de la subjetividad y de un más adecuado avance intersubjetivo de todo lo que gira alrededor de lo espontáneo. Reducir la **marginalización** y la **institucionalización**, dando un paso más hacia la inclusión de las personas con enfermedad mental y sus familias en la comunidad. El Acompañamiento Terapéutico Grupal (ATG) puede ser una vía interesante de trabajo con usuarios y familiares fuera del domicilio.

Función socializante en el ATG

El contexto social claramente influenciará la manera de estar de los miembros, quienes lo traerán al grupo de múltiples maneras, pero como en una osmosis, también sacarán del grupo vivencias, que van a modificar su imaginario. La representación de sí mismos (qué y cómo se cuentan), facilitando la aparición en su discurso, de nuevas escenas, de nuevos personajes y de nuevas formas de relacionarse.

Si pensáramos en tres niveles de vinculación con la realidad: personal, familiar y social, estas se van encontrando e integrando en la vivencia grupal. En un ATG por lo tanto, tienen lugar comentarios sobre lo que ocurre a nivel macro-social como las noticias de actualidad socio-política y a nivel micro-social, los conflictos familiares-institucionales, relación entre géneros, relación con lo extraño y desconocido, historias, fiestas, comidas, relaciones en la comunidad, matrimonios o emparejamientos, nacimiento de hijos, fallecimientos etc. Se encontraran en el microcosmos del grupo las diferentes culturas presentes en un territorio, en con-vivencia entre sí, un importante ensayo para la vida familiar.

El grupo como átomo social, célula de la sociedad, lugar donde se construyen los vínculos, donde uno se integra o se desintegra. La intervención grupal es desde esta perspectiva de gran eficacia en el ámbito socio-comunitario y en salud mental para mejorar el proceso de recuperación del individuo, pensando en las familias como grupos primarios.

La participación de los pacientes identificados en los encuentros familiares resulta ser determinante, desde este enfoque, y siguiendo esta lógica puede resultar terapéutico que familiares participen en otros espacios grupales con el paciente identificado. Afirmo esto, en contra del integrismo de algunos enfoques sobre la autonomía de los pacientes, donde se confunde autonomía con separación física o con que se sepa hacer las cosas solos, y donde la autonomía se convierte en un dogma alienante, dado que se parte de una idea del individuo desligada de los ámbitos de pertenencia, fundamentales

para la identidad de cada uno. La autonomía ideológica sugerida como panacea, puede provocar fuertes sentimientos de culpa en los miembros de una familia y representar un obstáculo para la emancipación psíquica de sus miembros.

En el libro Acompañamiento Terapéutico en España hablando de participación escribo:

“Recuerdo con cariño una canción italiana que se titula La Libertad de G. Gaber y dice:

“La libertad no es estar encima de un árbol.

Ni siquiera es un gesto o una invención.

La libertad no es un espacio libre.

La libertad es participación”

Participación tiene que ver con el uso de los espacios públicos, con la re-apropiación de la comunidad, con reconocer los escenarios cotidianos donde se construyen las identidades de los individuos” (Chávez, 2012) y añado entre ellos el domicilio y los miembros de la convivencia familiar, que pueden ser a mi entender un **locus** y una **matriz** cruciales para la salud mental.

En el libro Introducción al role playing pedagógico, los autores Elisa López Barberá y Pablo Población al identificar el término “matriz” nos explican: **“El termino matriz está tomado de la terminología de Moreno y si nos atenemos a la letra deberíamos decir “matrix”, como semilla de un crecimiento de la espontaneidad en un espacio o locus, que construye el propio grupo”**, (López Barberá, Población, 2000) crear el ambiente

adecuado donde pueda brotar salud, dando un lugar a la locura de cada cual, sin apartarla o esconderla en pro de una privacidad alienante.

El encuadre en el ATG

Consiste en considerar el juego como modelo de aprendizaje, como una experimentación de la vida donde se cuidan unas normas (encuadre) que brindan para los “jugadores” la máxima seguridad y confianza necesaria para seguir experimentando-jugando y por lo tanto, permitir a las personas salir del aislamiento del malestar y de la patología, integrándose en lo grupal. Ofrecer a las personas un espacio de participación antagónico a la exclusión y al dominio, favoreciendo el aflorar de la subjetividad.

Se atribuye a J.L. Moreno, una frase muy interesante, que dice: **“nos enfermamos en grupo y nos sanamos en grupo”**. Por eso el grupo es el espacio ideal para poder facilitar los pasos que nos pueden permitir resolver escenas pasadas, ayudar a cerrar viejas heridas, y obtener herramientas nuevas para afrontar lo que está por venir.

Trabajar en los lugares donde se enferma ha sido la matriz creadora del Acompañamiento Terapéutico, dichos lugares se pueden convertir en un locus donde las personas y sus caminos se integran.

En el EASC de Colmenar Viejo llevamos años explorando diferentes propuestas de trabajo grupal con las familias en los domicilios y ámbito comunitario tanto en el **“Grupo de la caminata”** como en el **“Huerto de Lola”**; ambas experiencias con una perspectiva basada en el Acompañamiento Terapéutico Grupal.



La presencia de vecinos y familiares en el ATG:

La presencia de familiares y personas de la comunidad significa en sí un aspecto terapéutico dado que todos los actores participan en una experiencia que permite ver algo nuevo en lo que se cree conocido, a este propósito recuerdo que en una sesión de ATG donde estaban presentes una madre y su hijo, esta madre, en cuyo discurso aparecía la crítica a su hijo considerándole un “vago”, estaba participando junto a él en una tarea donde su hijo tenía un rol de ejecutor y líder en el grupo, por tanto, se generó un nuevo fotograma para esta familia, que antes o después aparecerá en forma de discurso. Esta escena o viñeta vivenciadas en “El Huerto de Lola” (un huerto comunitario abierto) representa un ejemplo de a cuantos niveles puede resultar terapéutica la intervención familiar y grupal, complementándose tanto en domicilio como en ámbito comunitario.

Conclusiones

Teniendo en cuenta el eje donde se incluye esta experiencia, que se titula: **“Trabajo social comunitario en salud: participación ciudadana y promoción de la salud”** y conectándolo con el eje final que nos convoca a los profesionales a pensar sobre: **“La calidad de la intervención profesional como garantía y derecho del usuario: buenas prácticas, formación continuada, supervisión y la especialización en Trabajo Social Sanitario”**. Considero importante un debate sobre el rol profesional del trabajador social y su vinculación con

el rol de terapeuta, adaptado a las necesidades evolutivas de nuestra profesión y de los profesionales que la llevan a cabo en distintos contextos laborales. Abrir un debate sobre las fronteras profesionales y los cauces formativos necesarios, desde el punto de vista ético y legal. Donde la formación de los trabajadores sociales incluya todos aquellos enfoques que hablan de la relación terapéutica como instrumento de trabajo. Nuestra profesión en su esencia procede del humanismo, donde una perspectiva clínica, sobre la función terapéutica que podemos ejercer, tanto en el marco de la atención individual como en lo grupal, quizás sea necesaria. Incluir el psicodrama, el acompañamiento terapéutico, el psicoanálisis, el modelo sistémico u otros modelos que nos preparen tanto en la carrera como en futuras especialidades y por qué no, un estudio específico sobre la atención en domicilio y en ámbito socio comunitario. El análisis o terapia personal y la supervisión profesional como elementos de protección tanto de los pacientes y de sus diferencias (bio-psico-sociales), como de los profesionales por los peligros del burn out.

Por qué como trabajadores sociales podemos legitimarnos y con no pocas dificultades en la terapia familiar y/o grupal y no en la terapia individual, si entendemos que lo relacional y lo intrapsíquico son lo uno reflejo de lo otro, y si fuera así tenemos que prepararnos para integrar y diferenciar a la vez nuestra profesión con otros roles profesionales desde el aporte recíproco de perspectivas, disciplinas y prácticas. Considero en definitiva que la vía de la intervención social nos lleva necesariamente a la cuestión de la relación terapéutica en trabajo social,

tanto en recursos públicos, como en la atención a ofrecer a usuarios y pacientes en lo privado.

Es posible desde mi experiencia y recorrido formativo la integración de lo social con lo psíquico en el rol de **terapeuta**, si esto fuera así, y lo creo firmemente, creo a la par necesario la construcción de múltiples recorridos formativos para conseguirlo. Desde una

perspectiva multidisciplinaria y lejos de querer abarcar todo desde un rol fijo o de poder, es necesario reconocer la plasticidad de nuestro rol profesional y su flexibilidad y adaptación al contexto como recurso terapéutico. Espero que este lugar-locus sea un punto de partida para debatir y crear una nueva *matriz* para el futuro del trabajo social y para las personas a las que procura llegar.



BIBLIOGRAFÍA

- Almázan, L.S. (2005-2006).** *Esquizofrenia y Familia: Curso Modelo Sistémico Aplicado a Familias*. Barcelona: KINE Centro de Terapia Familiar y de Pareja.
- Berenstein, I. (1998).** *Familia y Enfermedad Mental*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Boszormenyi, I. y Spark G. M. (2012).** *Lealtades Invisibles: Reciprocidad en Terapia Familiar Intergeneracional*. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu editores.
- Bustos, D. y Nosedá E. (2007).** *Manual de Psicodrama*. Buenos Aires: Vergara.
- Chévez, A. (2012).** *Acompañamiento Terapéutico en España*. Madrid: Editorial Grupo5.
- López Barberá, E. y Población, P. (2000).** *Introducción al Role-playing Pedagógico*. Bilbao. Editorial Desclée de Brouwer.
- Moreno, J. L. (1993).** *Psicodrama*. Buenos Aires: Editorial Lumen.
- Kuras, S. y Resnisky, S. (1985).** *Acompañamiento Terapéutico y Pacientes Psicóticos: Manual introductorio a una Estrategia Clínica*. Buenos Aires: Editorial Trieb.
- Población, P. (2005).** *Las Relaciones de Poder*. Madrid: Editorial fundamentos.

Obra gráfica, Poemas y Cuentos

Recetas de Repostería

por Antonio Martínez

Con Antonio y su familia tuvimos la suerte de compartir diez sabrosas sesiones de Psicodrama.

Este dulce (también amargo) relato sobre la gastronomía del alma es el hermoso regalo de despedida que nos entregó y que ahora nosotros queremos compartir con los lectores de Vínculos.

Gracias a los tres,
Equipo de terapia breve del ITGP



¡ para toda la gente del Psicodrama
que nos escucharon y compartieron
con nosotros, mil gracias !

Lo bueno que tenemos los seres humanos es que
somos mucho mejores de lo que nos quieren hacer
creer. **RELATO: RECETAS DE REPOSTERÍA.** —

pastel de tristeza relleno de incertidumbre
y recubierta de Soledad; - pastel de tristeza
con hojaldre de ambición perdida y un chorrito
de amargura. - tarta de dejadez cubierta de
abandono, con caramelo de plomo. - Mús de
chocolate, con ramas de yo paso por si acaso.
Bizcocho casero, bañado en un te quiero y no
puedo. - Tiramisu de nostalgia relleno de recuerdos
heridos, con un poquito de lo que podría haber sido.
Membrillo de deseo con queso de poseente, espalvo
reado con canela de teniente. - Torrijas de vejez
con arrugas de miel y nata de olvido. - Bombones de
dison de amor nunca conseguido, y unos bizninos de
resentido. - Ballonesas de cabello de Angel, con capas
de religión y ebros de arrepentido. - Buñuelos de viento
con aires de grandeza y pajaritos en la cabeza. -
Sables de almendra, con un pellizco de amenaza,
derretidos en el horno de la esperanza. - Bizcocho
borracho de amigo que no ha sido, con rayadura de
sentimiento herido. - Pastas de coco, con miedo de niño
caricias de almibar y un vasito de quedate con migo.



Tarta de castañas y nueces, rellenos de duro invierno, flameada con tertulia de mesa camilla y sonrisas. - Sorbete de trago amargo, con limón agrio y mantequilla derretida, Sobre borquillos encallados en la costal del olvido.

POSDATA: El dulce esta herido, La gelatina de la esperanza derretida, La cascara de limón amarga es de los oprimidos, el chocolate quemado es de los olvidados, La leche frita se la quitan a los que tiritan de angustia, en el campamento de los desprotegidos, y los demás dicen, esto no va con migo, que se jodan ellos lo han elegido, y se duermen dulcemente sobre, panecillos inmisericordes y altivos →

Juanito Mute
10-9-2015

De Interés

Libro: "FANTASMAS DE NUESTRA GUERRA"



Psiquiatra. Psicodramatista. Director de Go Grupos y Organizaciones. Miembro de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo (SEPTG). Miembro de la Asociación Española de Psicodrama (AEP). Miembro de la Junta Directiva de la International Association for Group Psychotherapy and Group Processes (IAGP).

go@gruposyorganizaciones.com

El fantasma es una creencia literal en muchas culturas y también en determinados momentos vitales. Las creencias culturales no nacen así como así. Hay necesidades psicológicas y/o psicosociológicas que les dan vida.

Halloween es un exponente de ello. Puede ser considerado como el climax de la creatividad fantasmal. En su iconografía dominan los fantasmas, los muertos no-muertos, los zombis. Una moda nacida de la tradición europea. Soy testigo de los restos de esa tradición preinformática, en mi Estrella de la década de los 50 y 60. Vaciábamos una calabaza, le abríamos ojos y dientes en su corteza y, cuando llegaba la noche, la colocábamos en el suelo, en la calle, con una vela dentro. Sin reflexionar sobre ello, entrábamos muy psicodramáticamente en el mundo de los fantasmas. Recuerdo ahora con mi experiencia de psicodramatista que para nosotros esa calabaza ya había



Armañanzas Ros ,G. (2014)
Fantasmas de nuestra guerra
Pamplona: Eunate



tomado el rol psicodramático de la muerte amenazante o mejor de un muerto viviente, un fantasma. Recordemos que tanto el juego del que hablo como el actual Halloween, se realizan la noche víspera del día de “todos los santos”, fecha en la que recordamos a los fallecidos en las familias.

Volviendo a nuestro juego, saltábamos sobre la calabaza-calavera, cantando: “una calavera, tumba, tumba, sale de la tumba, tumba,..”. Siempre me quedaba con la sensación de que era una canción de la que habíamos olvidado parte de la letra. ¿Cómo continuaban esos puntos suspensivos?, ¿simplemente con lo que ponía nuestra fantasía?. Hoy tengo la impresión de que eran los restos de un ritual que se había perdido. Solo los niños participábamos. Los mayores se limitaban a regalarnos la calabaza de su huerta en el término de Valdelobos, una zona de huertas que a juzgar por el nombre, habría sido valle de lobos. Sigo queriendo completar la historia y lo que falta de ese ritual.

Como decía, el fantasma puede consistir en una fantasía que los vivos construyen acerca de seres que les han rodeado físicamente y que les siguen rodeando emocionalmente. Puede también de forma genérica representar la proyección de deseos, temores y necesidades emocionales. Tal vez el juego aludido nos acercaba al miedo a la muerte, su necesidad de superarla y conjurarla, así como a nuestros antepasados presentes en nuestras mitologías familiares.

En ese sentido, muchos de ellos son nuestros antepasados que no han ido a descansar en paz cuando se lo deseamos en aquel funeral. Las mitologías familiares nos traen antepasados, ancestros al decir de Anne A. Schützenberger, hasta

nuestra vida diaria. Con el síndrome de reemplazo, por ejemplo, la identidad de un muerto que no ha podido ser despedido adecuadamente es asignada al familiar que nace. Este nace con una identidad sobrepuesta y asignada familiarmente. Expresiones familiares del tipo de: “es igual a su abuelo”, ponerle su nombre, coincidencias de fechas de aniversario, etc., pueden fijar el fantasma en las siguientes generaciones. El psicodrama transgeneracional trata de explorar estos y otros temas de generaciones anteriores que se transmiten sobre todo de forma inconsciente.

En nuestra Guerra Civil hemos tenido muchas pérdidas de ambos bandos y muchos hechos traumáticos que, como en toda guerra, han silenciado sus protagonistas. El silencio es el mecanismo más eficaz de transmisión a las siguientes generaciones.

A muchos de los actuales fantasmas no les pudimos desear ese “descanse en paz” pues no los pudimos despedir. Son los desaparecidos, los asesinados en las cunetas en la Guerra Civil, en Paracuellos del Jarama, en la cárcel de Guadalajara, los asesinados por ETA, GAL, islamistas y cualquier otro salvapatrias. Gentes, que no pudiendo hacer un ciclo vital razonable, se quedan flotando en el superpuesto espacio de los fantasmas. De alguna manera queremos que sus identidades perdidas se reencarnen y nos habiten. No podemos soportar esas pérdidas y les damos cabida en nuestra cadena familiar. Podemos sentirnos en deuda con ese antepasado que, dándonos la vida a nosotros o a nuestros padres o abuelos, no pudo completar su ciclo vital. Esa culpa nos influye como una deuda transgeneracional que debemos saldar de diferentes formas:

llevando su nombre, su causa política, la tarea de vengarlo, la renuncia a vivir plenamente por la culpa de sobrevivir, etc. Son las "lealtades invisibles de Iban Borszomany Nagy .

He tenido que beber de lo trabajado fuera de España por otros colegas para entender los que hemos vivido y estamos viviendo aquí a raíz de nuestra Guerra Civil. Porque a nivel profesional hemos guardado silencio a la hora de explorar en nuestros clientes que vivió el abuelo o bisabuelo y no curó suficientemente. La he escrito para que estas heridas sean conocidas, pensadas y no repetidas. "No se encuentra lo que no se sospecha", dice un proverbio médico. Se trata de encender la luz en el desván de nuestros

ancestros para que, conociéndolos, nos conozcamos mejor. Encontraremos junto con las heridas de nuestros antepasados, recursos emocionales que nos han legado y nos han llegado.

"Fantasmas de nuestra guerra"
es el título de la novela en la que trato de hacer llegar a profesionales y profanos el impacto emocional que la Guerra Civil ha generado en el plano emocional en las generaciones que han seguido a este trauma.

