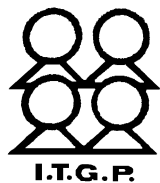


REVISTA VINCULOS

SEGUNDA ETAPA

Quinto numero

Diciembre 2012



INDICE

- **Nueva sección en Vinculos: Cuentos y poemas Página 3**
- **Cuento: Manuel el del melocoton
(Pablo Población Knappe) Página 5**
- **Cuento: La llorona
(Laura García Galeán) Página 8**
- **Obra gráfica
(Dori Jorge) Página 11**
- **Indicadores para evaluar la efectividad de la psicoterapia.-
psicodrama con pacientes de trauma y disociación
(Marisol Filgueira Bouza) Página 14**
- **Análisis transcultural del caldeamiento y del Momento,
o de como nos caldeamos en diversos tiempos y espacios
(Pablo Población Knappe) Página 44**

Nueva sección en Vinculos: CUENTOS Y POEMAS

Para algunos lectores puede resultar extraño, o cuanto menos curioso, el que en una revista de psicología, de psicoterapia, aparezca una sección sobre cuentos y poemas. Quizás estos lectores olvidan que toda producción literaria, creativa, es un claro depósito de los más importantes mitos y símbolos que sostienen y mantienen los mecanismos anímicos más profundos de todo ser humano. Es inevitable aceptar este hecho en cuanto uno se detiene a dejarse penetrar, no por la vía racional, no desde el logos, sino desde la vía emocional por cualquiera de estas producciones literarias, parece que se encuentre como en un torbellino con los mitos arcaicos con los que se identifica necesariamente o ante los que se rebela. Los símbolos que fijan y acompañan a estos mitos, resaltan entonces ante los ojos del lector que, si es un estudioso de estos hechos, podrá traducirlos y entenderlos pero que, en caso contrario, le penetrarán de modo inconsciente, intuitivo. No en vano, se sabe que los símbolos son la vía más potente que existe de conocimiento profundo del ser humano y los mitos aparecen como caminos que nos marcan nuestra andadura por la vida de un modo casi inevitable, llega a dar la sensación de que es una carretera por la que transitamos como sin nuestra voluntad.

Recuerdo una sesión con una joven que se veía mirando su futuro por una pequeña ventana y a partir de ese punto, cuatro caminos divergentes. Al sugerirle que dijera cómo eran esos caminos y hacia donde conducían construyó las imágenes de cuatro grandes mitos arcaicos, eran los posibles caminos de su futuro en los que al fin se encontró libre de elegir conscientemente, no sentirse obligada a transitar por ninguno de ellos, sino de poder manejarse espontáneamente entre los cuatro “y quizás alguno más”.

Por supuesto, podríamos recurrir a cualquier obra literaria pero pienso que los cuentos, dada su escasa extensión, son más adecuados para incluirlos en una revista, ya que una novela, o una obra de teatro, desbordarían las páginas de la misma.

A groso modo, me atrevo a considerar dos tipos de cuentos: uno de ellos entre los que incluirían los cuentos zen y los cuentos sufíes en oriente. Y las fábulas de Samaniego y otros autores en España entre otros países de occidente.

Esta primera clase de cuento suele contener un mensaje a veces muy directo y explícito de tipo moral, ético o conductual, a veces oculto, críptico, como algunos

cuentos zen que el mensaje está bajo el mensaje del mensaje. Es preciso detenerse y meditar. Como en el caso de los koan japoneses, en lo que no es adecuada la vía de la razón para alcanzar su mensaje.

El segundo tipo de cuentos puede ejemplarizarse con los cuentos populares de los que hay tan enorme riqueza en todos los países. Son muy conocidos los cuentos recogidos por los hermanos Grimm en Alemania. También incluyo aquí los cuentos producidos como creación literaria actual. En los cuentos populares suelen desvelarse fácilmente los mensajes pertinentes a los mitos y a las imágenes que conducen a símbolos eternos. Puede ser una verdadera carga de símbolos arquetípicos. En el segundo caso, cuentos actuales, a veces es preciso detenerse, dejar de lado el logos para que penetre el mundo simbólico y mítico que subyacen a las imágenes del relato.

Puede ser útil mostrar ya en este primer ejemplar de Vinculos, una muestra de estos diferentes tipos de cuentos. Como lo deseable es que los productos sean originales, no quiero copiar cuentos pertenecientes a los ya editados, publicados o conocidos por transmisión oral de la categoría de los cuentos zen, sufíes, etc, por ello me voy a limitar a dos cuentos actuales.

Uno de ellos es un cuento infantil no perteneciente al acervo del pueblo, sino escrito recientemente. Ante el reto de mi mujer Elisa Lopez Barbera de escribir un cuento infantil paseando por la playa, surgió el siguiente cuento que titulé "MANUEL EL DEL MELOCOTON" que transcribo a continuación.

MANUEL EL DEL MELOCOTON

Pablo Población Knappe

Erase que se era una vez un niño listo y bueno pero que tenía muchos pájaros en la cabeza. Decía, muy convencido que su madre era una duquesa y su padre un gran pirata. La verdad es que el único título que tenía la buena señora, su madre, era el de maestra de escuela y su padre no tenía una pata de palo sino muchos maderos porque era un buen carpintero.

Un día el niño se escapó del colegio y lleno de ensoñaciones como siempre, llegó a un campo donde jugaba en una charca en la que nadaban ranas y culebrillas de agua. Cogió una de estas culebrillas y jugó con ella imaginando que luchaba en la selva con una gran serpiente. Cuando volvió al pueblo y vio a sus amigos les contó que había luchado con un gran culebrón. A partir de este momento sus amigos se burlaban de él cantándole. “Manolín, Manolon culebrin no culebrón”. Esto hacía rabiar al niño por lo que cada vez mas caminaba solo pendiente de las maravillas de su fantasía. Así iba en una ocasión tan ensimismado que no vio un gran hoyo por el que cayó. En este agujero asomaban las raíces de un árbol. Cuando el niño quiso subir por ellas para salir a la superficie se dio cuenta al saludarle un escarabajo que se había convertido en un niño muy pequeñito.

Pensando cómo salir de esta situación vio que una raíz tenía un orificio por el que se podía entrar puesto que estaba hueca. “Si subo por el interior de la raíz puedo llegar hasta el tronco o las ramas”. Así lo hizo y al llegar al pie del árbol vio que su interior era una gran culebra que formaba como una escalera por la que podía subir. Peldaño a peldaño estuvo trepando por un tiempo interminable ya que el árbol era alto y él era pequeñito.

El último escalón comunicaba con la parte interior de lo que, supuso, era una rama. Fue muy decidido por ella y al final se encontró dentro de una flor. Estaba atrapado, no sabía cómo salir. Pasó el tiempo, la flor perdió sus pétalos y en el extremo del rabito o pedúnculo fue formándose una fruta ya que el árbol era un melocotonero.

Cuando el melocotón creció vio que también lo habitaba un gusano. Creyó que tendría que luchar con él pero el bichito le dijo que él no era una serpiente y que con el tiempo dormiría y se convertiría en un ser volador. Así fue, el gusano ya no era un gusano. Era una hermosa avispa de alas de bronce y preciosos dibujos

amarillos y negros en su cuerpo. Hablando con sus antenas, que es como hablan estos insectos, le dijo al niño: "Yo voy a salir, ¿quieres que te lleve?. El niño estuvo de acuerdo, la avispa le dejó en la superficie del melocotón, se despidió y salió volando.

El melocotón que estaba maduro se desprendió y cayó al suelo. El niño no se hizo daño y con gran sorpresa volvió a recuperar su antigua estatura. Unos niños del pueblo al verle comenzaron de nuevo a cantar: "Manolín , Manolón, culebrín , culebrón". El por primera vez no se enfadó sino que respondió cantando: "Ni Manolín ni Manolón, soy Manuel el del melocotón".

Y marchó con su canción a decirles a sus padres que había vuelto nacido de un melocotón. Su madre solo dijo, "Este niño con sus historias".

Y colorín colorado este cuento se ha terminado.

En el momento de crear este pequeño relato no había ninguna intención de llegar a mostrar o sostenerlo sobre los pilares de mitos conocidos. Sin embargo, comentándolo al transcribirlo al ordenador pudimos ver cómo aparecía un esqueleto, un armazón, que sostenía todo el relato y cuyas vigas eran mitos arcaicos, los de siempre. Entre ellos el de descenso al submundo, ascensión por una escala al espacio celeste, y consecuente renacimiento o renovación. El camino estaba situado en el árbol de la vida, centro del mundo, que se sacralizaba al contener la historia de la transformación del protagonista. El mito del doble nacimiento, como en el caso de Buda. La lucha del héroe contra el dragón, aquí una pequeña culebra, en la realidad, pero una gran serpiente mítica en la fantasía del sujeto. La reintegración del héroe al pueblo y, seguramente, otros más que no soy capaz de ver.

A continuación transcribo el cuento de una compañera psicóloga, Laura Garcia Galian, exquisita y profusa escritora. Cuando leímos este cuento juntos, no logramos ser conscientes de los contenidos simbólicos y míticos que podía encerrar, intentamos pensarlo, los vimos cuando dejamos de pensar.

Aquí tengo la duda, mientras escribo estas palabras de introducción del dejar al lector el reto de acceder al mensaje profundo de este cuento o desvelar aquello a lo que llegamos la autora y yo. Me inclino por la primera posibilidad y trasladar nuestro encuentro, que fue válido al menos para nosotros, sin colarlo queriendo haber encontrado una respuesta absoluta que nunca existe, al próximo número de Vínculos.

LA LLORONA

Laura García Galeán

A Josema

Los cauces de los ríos determinan la geografía del paisaje. En épocas de lluvias sus caudales aumentan, en ocasiones provocan riadas que devastan todo lo que se encuentra a su paso, en otras, cuando las lluvias no son excesivas el canal de los ríos se va haciendo más grande, entonces el terreno se erosiona y la geografía se ve alterada.

Recuerdo muy bien ese día. El lunes, después de tres días lluviosos, salía un sol fuerte y calurosamente triste. Ese día la enterramos. Era querida por todos los que nos sentíamos del pueblo, tanto por los que habitábamos allí todo el año como los que venían en vacaciones. Casi nadie recordaba su nombre, algunos creían que era Marina, otros, Elvira. Para todos era La Llorona, porque sus ríos de lágrimas habían regado las despedidas de los últimos años.

Había aparecido en el pueblo con poco equipaje. Debido a su austeridad, muchos nos confundimos pensando que era una hippie pasada de moda; tenía la cara ajada por la tristeza, y recordaba un mapa físico, en donde los accidentes geográficos se dibujan con precisión. Me resultaba difícil mirarla completa, los ojos se me iban tras sus particularidades, se perdían por esos cauces que caracterizaban su rostro. Cauces como cicatrices, que susurraban historias que hacían crujir el alma.

En los primeros meses, se instaló en una de las habitaciones que la Srta. T. alquilaba a los despistados o aventureros que se dejaban caer por la laberíntica sierra granadina. Paseaba con la mirada baja pero, en cuanto sentía el paso de algún vecino, nunca omitía el saludo. Parecía ausente y esto generó multitud de hipótesis, cotilleos y habladurías, vida en un pueblo que, por esos meses, sólo solía hibernar.

Con el tiempo las novedades se gastan, los gastos se amontonan. Así La Llorona dejó de ser protagonista y tuvo que abandonar la habitación que alquilaba a la Srta. T. para pasar a ocupar otra, que le prestaban a cambio de limpiar las que quedaban vacías.

Entonces la muerte de R. nos impactó, supuso un golpe para la ingenuidad de un pueblo que creía de forma ciega en los ciclos naturales. El cuerpo, joven y atlético, fue velado en el salón de la casa de huéspedes de la Srta. T., por su amplitud y

porque era su tía segunda: suspiros de pena fueron desfilando en procesión. Con las últimas gotas del día, hermanados por la impotencia, nos reunimos para despedirle. La Llorona no podía retener el afluente que caía de sus ojos. Era constante, limpio, hasta hermoso; tanto como el deshielo que anuncia la primavera. Súbitamente, las lágrimas de los otros se fueron secando, dejaron de ser necesarias, ella lloraba por todos. Fueron enmudeciendo las quejas, un sinfín de relatos, protagonizados por R., regaron el ambiente. Sonrisas, serenidad. Y La Llorona seguía llorando.

Llegaron otras muertes: la Sra. L. murió de tristeza, la muerte de Z. por una pipa de melón, la de M., cuando estaba pariendo. Cruentas e inesperadas, generaban desconsuelo en los que se hacían eco de la historia, y todas terminaron con sonrisas, abrazos y cierta alegría por el tiempo compartido. Dulce sabor de la tristeza. Sorprendida, la gente empezó a recordar a La Llorona en los entierros, y entonces reconocimos su labor. De allí tomó su nombre, así la llamamos con miedo, con pudor, con pena. Y preguntas que buscaban comprenderla: ¿por qué lloras?, ¿de dónde vienes?, ¿qué hace que estés triste? Preguntas que quedaron en nuestras mentes y que no encontraron respuesta. Los más osados decían que había llegado al pueblo huyendo de la desgracia, se habló de una muerte atragantada, los románticos mencionaron la muerte del amor: a cada uno le valía el sentido de su propia respuesta.

La Llorona empezó a ser invitada a todas las escenas de duelo infértil que tocaban vivir en los alrededores. Nunca dijo que no, nunca se puso en primera línea, cuando la recuerdo la veo en la sombra y, a pesar de ello, vislumbro sus lágrimas.

En los 10 años que estuvo con nosotros nadie se acercó a consolarla. Quiero pensar que ella no lo necesitaba, ella era quien acompañaba, con una sonrisa, con tranquilidad, con las marcas de su cara pero sobre todo con sus lágrimas.

El día en que murió, los ríos de su rostro estaban secos. Y ese mismo día salió el sol, después de tres días de lluvia intensa.

Para el conocimiento del mundo mítico y simbólico, propongo la lectura del libro de Mircea Eliade “Tratado de Historia de las Religiones” agotado en la edición original, pero publicado en una edición actual en Ediciones cristiandad, 2009.

También el resto de la obra de este autor, traducida en su mayor parte al castellano. No podemos olvidar la obra de Jung y de sus seguidores y discípulos jungianos, como el argentino Menegazzo¹ y en España Irene Henche Zabala que trabaja desde la perspectiva de los cuentos y sus símbolos y mitos desde hace muchos años².

No quiero olvidar que hemos abierto el nuevo espacio no solo para los cuentos sino también para los poemas. Poemas que esperamos nos envíen nuestros lectores, originales, no procedentes de ninguna antología de autores ya conocidos. Me atrevo a considerar a un poema como un mensaje condensado del espíritu del autor, su esencia última, exprimida de los sentimientos que se asientan sobre los más profundo símbolos y mitos de su vida emocional. Aquí a veces es más difícil el encuentro racional con el contenido, pero es más fácil la identificación y por este camino, la comprensión profunda el encuentro y la reviviscencia en nosotros mismos de los símbolos y mitos que subyacen en el poema.

Por ultimo, podemos incluir en este nuevo apartado, alguna producción grafica, acompañada o no de texto, como las que publicamos en este número con la fuerza comunicacional de impacto que tiene siempre la imagen.

¹ Menegazzo, C.M. (1981) “Magia, Mito y Psicodrama” Ed. Paidos. Buenos Aires.

² Henche Zabala, Irene. (2008) “Educar en valores a través de cuentos”. Buenos Aires: Bonum

Henche Zabala, Irene (2011). “El conflicto y la lucha contra los adversarios a través del psicodrama simbólico de los cuentos de hadas”. Revista vínculos. Número 4. Octubre 2011



Acariciando el agua

Autora: Dori Jorge



Cubo de basura
Autora: Dori Jorge



*Y solté las cadenas que oprimían mis pies, mis pasos.
No fue tarea fácil, porque estas cadenas parecían ya
formar parte de mi piel.
Mis pies ahora son libres, se sorprenden a cada paso,
con esa dulce sensación de libertad, de saber que pueden
llegar donde ellos quieran...*

Y solté las cadenas
Autora: Dori Jorge

Indicadores para evaluar la efectividad de la psicoterapia.- psicodrama con pacientes de trauma y disociación

16as. Jornadas de Psicología Clínica "A práctica clínica". 18, 19 Nov. 2011 Auditorio de Cangas, Pontevedra. Sección de Psicología Clínica do Colexio Oficial de Psicología de Galicia.

Autora: Marisol Filgueira Bouza.

Doctora en Psicología, Psicóloga Clínica, Psicoterapeuta, Psicodramatista, Terapeuta Familiar. Supervisora Clínica y Docente. Hospital Marítimo de Oza (Programas de Trastorno Mental Grave, Trauma y Disociación), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC). Fundadora y Co-Directora del Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama en Galicia (ITGP-G).

Resumen:

Delimitando el lugar de la psicoterapia en la investigación, el trabajo se enmarca en la crítica a los "Tratamientos Empíricamente Validados" (TEV) y la llamada investigación "basada en la evidencia" (Rodríguez Morejón, 2004), en defensa de los métodos cualitativos y las psicoterapias que no se someten rígidamente al método científico-experimental (como la TCC) y, no obstante, merecen el mismo reconocimiento cuando se validan con otras metodologías. Se hace mención de variables en el proceso psicoterapéutico no susceptibles de operativización y que se considera contribuyen con peso específico a los resultados (factores comunes). Se ilustra la administración del protocolo utilizado en la investigación sobre Psicoterapias (Sección de Psicología Clínica del COP-Galicia), focalizando variables que se revelan como indicadores de éxito o, al menos, de satisfacción y percepción de cambio por parte de los pacientes. Se aportan datos sobre grupos de Psicodrama con pacientes de Trauma Complejo y Disociación como muestra de lo argumentado.

I. INTRODUCCIÓN: PSICOTERAPIA E INVESTIGACIÓN

En Filgueira Bouza et al. (2009), pretendimos la identificación de los marcos teóricos en los que se insertan las prácticas cotidianas de los psicólogos clínicos, así como el control y evaluación de resultados conforme a criterios vigentes de calidad asistencial. Nos interesaba averiguar qué une y qué diferencia a los distintos enfoques de tratamiento, cuáles son los objetivos de las intervenciones y si dichos objetivos se cumplen. Un estudio preliminar de Campos Semánticos con psicoterapeutas de cuatro enfoques (Psicoanálisis, Psicodrama, Terapia Cognitivo-Conductual y Terapia Sistémica), debatiendo sobre tópicos del ejercicio profesional, arrojó dimensiones para clasificar a los profesionales, su trabajo y sus tratamientos, y permitir la identificación de variables a controlar y la selección de los instrumentos para su control en las comparaciones pre- post- tratamiento sobre la sintomatología de los pacientes. Intentamos la descripción de los procesos psicoterapéuticos, sin alterar las condiciones naturales en su administración, y controlar si los resultados guardan relación con los procesos descritos. Ello requiere una metodología adaptada a los objetivos.

Mejorar la comunicación entre profesionales clínicos que tienen como objetivo profesional el diagnóstico, tratamiento y eventual curación de los mismos pacientes es un proceso que no se puede producir desde dentro del ámbito de los paradigmas teóricos que proporcionan la base diferencial de sus prácticas clínicas (el debate teórico contribuye a subrayar diferencias), sino que parece necesario partir de lo que hacen los profesionales que se autodefinen como pertenecientes a los diferentes marcos teóricos del proceso terapéutico (trasladar el debate al nivel empírico).

Realizamos un estudio multicéntrico observacional-descriptivo para:

- describir lo que se hace en la práctica clínica desde los distintos modelos (estudio de los modelos practicados);
- observar similitudes y diferencias en dichas prácticas;
- evaluar los resultados que se producen con los distintos modelos.

Todo ello con una metodología adaptada a la complejidad del campo, un estudio de procesos y resultados que contempla:

- que los límites de la psicoterapia son difusos;
- la coexistencia de prácticas diferentes;
- que no se puede asegurar que quienes dicen hacer lo mismo efectivamente hagan lo mismo o que hagan cosas diferentes quienes parten de modelos diferentes.

El interés del trabajo radica en las siguientes aspiraciones:

- clarificar el campo en cuanto a la praxis (lo que se hace en la práctica de las psicoterapias);
- sentar las bases para que sea posible la validación de los procedimientos;
- especificar sus indicaciones en Guías de Psicoterapia que permitan incluir la actividad en los catálogos del SNS y otros organismos competentes;
- ofrecer conclusiones válidas para contribuir a regular las acreditaciones de los equipos asistenciales y docentes (formación continua, supervisión, docencia...).

Consideramos necesario conocer el grado de satisfacción de los usuarios de nuestros servicios. El control de resultados arroja información que contribuye a una toma de decisiones más ajustada para las sucesivas intervenciones (y que no siempre coincide con las valoraciones intuitivas que hacemos de la evolución de los casos tratados). Para los compañeros que trabajan en el sector privado, supone, además, salir del aislamiento de la consulta y acceder a referencias del exterior donde contrastar y compartir sus procedimientos de autocontrol. Es muy importante que, como colectivo, podamos realizar y presentar sistemáticamente estudios de efectividad (investigación naturalista sobre la bondad del método y validación de la destreza de los psicoterapeutas en el manejo de las técnicas) frente a los estudios de eficacia (comparación de resultados). En el terreno de las psicoterapias, consideramos

imprescindibles los primeros, más inaccesibles los últimos (debido a la infraestructura que requieren).

<p><i>Precisando conceptos: Eficacia, Efectividad y Eficiencia.- son términos económicos relacionados con el rendimiento, beneficio o provecho de una actividad que tienen connotaciones diferentes:</i></p>		
<p>La eficacia hace referencia al impacto o efecto de una acción llevada a cabo en las mejores condiciones posibles o experimentales. En nuestro sector, hace referencia al impacto o efecto de una acción sobre el nivel de salud o bienestar de la población, llevada a cabo en condiciones óptimas. Respondería a la cuestión sobre cuál es la capacidad esperada de un curso o acción sanitaria (bajo condiciones de uso y de aplicación ideales) para mejorar el nivel de salud de un individuo o colectivo</p>	<p>La efectividad hace referencia al impacto que se alcanza a causa de una acción llevada a cabo en condiciones habituales. Se refiere a la posibilidad de que un individuo o colectivo se beneficie de un procedimiento farmacológico o de cualquier práctica clínica. En el ámbito sanitario, responderá al análisis del efecto de un curso de acción sanitaria, bajo condiciones habituales de práctica clínica, sobre el nivel de salud de un colectivo.</p>	<p>La eficiencia se refiere a la producción de los bienes o servicios más valorados por la sociedad al menor coste social posible. Responde por tanto a la medida en que las consecuencias del proyecto son deseables desde la perspectiva económica. Supone maximizar el rendimiento de una inversión dada.</p>
<p>En resumen, la eficacia se mide en condiciones óptimas, la efectividad en condiciones habituales, y la eficiencia tiene en cuenta los costes de las inversiones (H. Maldonado, 24 Mayo 2009 http://desalud.wordpress.com/2009/05/24/%C2%BFque-diferencias-existen-entre-efectividad-eficiencia-y-eficacia/) Ver Indicadores de efectividad y eficacia en gerencia de organizaciones: http://planning.co/bd/archivos/Octubre1998.pdf</p>		

Partíamos entonces de las afirmaciones de Chandlers: *“No hay ningún método que permita probar que las teorías científicas son verdaderas ni siquiera probablemente verdaderas”*; *“no hay tampoco ningún método que permita refutar de un modo concluyente las teorías científicas”*. Y de Feyerabend: *“la ciencia no posee rasgos especiales que la hagan intrínsecamente superior a otras ramas del conocimiento”*.

La crítica de Chandlers a la ciencia se puede resumir como sigue:

- Son necesarias infinitas observaciones (empirismo) para garantizar una inducción hipotética (inductivismo), siempre puede aparecer una nueva que la contradiga.
- No se puede garantizar la objetividad del observador (positivismo).
- El método científico no puede confirmar teorías, solo refutarlas (falsacionismo); no es superior a otros métodos para hacer avanzar el conocimiento (anarquismo).

Recogimos también los planteamientos de Morin (1992) sobre la Teoría Científica, su distinción entre Teorías, Doctrinas y Paradigmas, en base al grado de apertura/cierre

del sistema de ideas hacia las influencias procedentes del exterior que pueden conducir a su refutación.

La valoración del lugar que ocupa la psicoterapia en el panorama científico, exige el debate de dos cuestiones básicas:

- la eficacia terapéutica (efectos, resultados);
- los mecanismos o modos de acción (procesos): el poder de la palabra (o el gesto), el prestigio del terapeuta, la sugestibilidad del paciente..., esto es, el constructo <PLACEBO>.

En medicina, el <placebo> es “una sustancia químicamente inerte que funciona en virtud de su supuesto efecto psicológico”. Todas las psicoterapias son químicamente inertes y se supone que funcionan por mecanismos psicológicos ¿Hay que concluir que toda psicoterapia es, por definición, un placebo? El problema lleva a redefinir el placebo como un tratamiento que no tiene actividad específica para la condición que se trata, por oposición al tratamiento genuino cuyo efecto sería específico. Pero el problema permanece: esa inespecificidad, ¿se refiere a su mecanismo (el medio de producir un efecto) o a su efecto? Si lo inespecífico fuese el mecanismo (modo de acción), cualquier placebo debería ser equivalente a otro en términos de un efecto concreto. Pero se sabe que diferentes placebos producen efectos diferentes sobre la misma conducta, habiéndose identificado al menos un componente que explica dichos efectos diferenciales: la credibilidad racional, esto es, la convicción del paciente sobre la utilidad de la terapia. El placebo funciona estableciendo en los sujetos una expectativa de mejoría, la cual se puede inducir fácilmente describiendo el “*tratamiento*”, sus fundamentos y sus efectos. Si se admite esta variable como un modo específico de acción, el placebo pasará inmediatamente a considerarse tratamiento; si se entiende que con ella intentamos explicar los efectos cuyos modos de acción no comprendemos claramente, entonces casi todos nuestros métodos de tratamiento deberían ser considerados placebos. Si lo inespecífico fuese el efecto, la acción del placebo sería tan amplia que podría producir cualquier número de efectos, al margen de la especificidad de su mecanismo. El mismo placebo serviría para producir cualquier efecto conductual. Sin embargo, esto no es así: en psicoterapia, los procedimientos placebo se diseñan intencionalmente de manera que resulten específica y máximamente creíbles en relación con la conducta que se desea tratar y, por tanto, pueden -y deben- considerarse como tratamientos específicos.

PSICOTERAPIA	VERSUS	PLACEBO
Tratamiento genuino <u>CON</u> actividad ESPECÍFICA para la condición que se trata.		Pseudotratamiento <u>SIN</u> actividad específica.

LA INESPECIFICAD DEL PLACEBO, ¿SE REFIERE AL MECANISMO O AL EFECTO?	
- No todos los placebos son equivalentes en términos de un efecto concreto.	- Un mismo placebo no sirve para producir cualquier efecto conductual.
- Diferentes placebos producen efectos diferentes sobre la misma conducta.	- Los placebos deben resultar máximamente creíbles en relación a la conducta que se desea tratar.
- Los efectos diferenciales responden a la credibilidad racional.	- Placebo = Tratamiento.
- ¿Es la credibilidad un modo específico de acción?: SI → placebo = tratamiento NO → <i>psicoterapia = placebo</i>	

EN PSICOTERAPIA,	
TRATAMIENTO	PLACEBO
- Existe explicación de la influencia sobre la conducta.	- No existe razón con fundamento teórico vigente que explique la influencia sobre la CONDUCTA.
- Procedimiento con efectos terapéuticos predecibles desde la teoría de la terapia bajo estudio.	- Procedimiento terapéuticamente inerte desde la teoría, la cual no puede predecir sus efectos.
- EFECTOS DEPENDIENTES DEL TRATAMIENTO (cambios en las expectativas, sentimientos, cogniciones, respuestas fisiológicas y conductas manifiestas).	- EFECTOS INDEPENDIENTES.

Complicando más la situación, existen variables mediadoras que pueden operar como factores independientes o como efectos dependientes según el contexto y las suposiciones teóricas sobre la causalidad de los resultados de la terapia:

VARIABLES MEDIADORAS:
<p>1. EFECTOS NO ESPECÍFICOS: variables contextuales ajenas a las técnicas terapéuticas que acompañan a la aplicación de los procedimientos terapéuticos formales e inducen tasas de recuperación. Se puede neutralizar el sesgo con diseños que las hacen permanecer constantes en los distintos niveles de la terapia.</p> <p style="margin-left: 40px;">- terapeuta</p> <p>características del → - paciente</p> <p style="margin-left: 40px;">- escenario</p>
<p>2. CARACTERÍSTICAS NO ESPECIFICADAS como ingredientes activos de la psicoterapia. Deben ser identificadas para incorporarlas a la denominación de tratamiento (no placebo).</p>

3. EFECTOS INESPECÍFICOS: agentes de cambio comunes a las diferentes orientaciones terapéuticas, aunque combinados y aplicados de diferentes maneras. Si se mantienen estables, los efectos diferenciales pueden atribuirse a la psicoterapia particular.

- experiencia afectiva (estado emocional adecuado para la superación de defensas, receptividad al cambio y catarsis)
- dominio cognitivo (manejo de percepciones, significados y patrones de pensamiento)
- regulación conductual (cambio de conducta)

4. FACTORES COMUNES, presentes en la mayoría de las psicoterapias, no específicos de tratamientos particulares, asociados con la definición de "placebo" en el campo de la psicoterapia:

- sugestión
- persuasión
- credibilidad del tratamiento
- atención
- carisma o prestigio del terapeuta
- expectativa de cura
- demanda de mejoría
- deseabilidad social

De ahí la dificultad que ofrece la investigación y el control de las variables que intervienen en el tratamiento psicológico con métodos que puedan ser calificados de científicos. Todos los diseños ensayados contienen problemas metodológicos que, en la medida de lo posible, se intentaron subsanar. Su aplicación siguió una doble vertiente:

DISEÑOS:

1. ESTUDIO DE LA EFICACIA DE LA PSICOTERAPIA:

- eficacia de línea-de-base (si el tratamiento proporciona mejoría)
- eficacia incremental (si el tratamiento demuestra un nivel de eficacia superior al esperado de un procedimiento con alta credibilidad social)
 - a) comparaciones meta-analíticas
 - b) comparación tratamiento a prueba/terapia establecida
 - c) grupos de control de componentes
 - d) grupo de control placebo

2. CONTROL DE LOS FACTORES INESPECIFICOS:

- efectos independientes
- variables mediadoras
 - a) estrategias de control de "atención placebo"
 - b) estrategia de control de "elementos/componentes del tratamiento"
- c) condiciones de control empíricamente derivadas/estrategia de control empíricamente derivado

La investigación en psicoterapia con estos modelos presenta una serie de dificultades:

- la distinción entre placebos y terapias puede ser lógica y teóricamente inviable. Los placebos terminan demostrándose como formas legítimas de psicoterapia.
- la falta de estandarización, la insensibilidad de las medidas y los límites de la generalización.
- para que el procedimiento sea adecuado, el paciente debe creer que la intervención es un tratamiento potente y eficaz para sus problemas, y esto plantea al terapeuta la dificultad de mostrar entusiasmo por un tratamiento que considera inerte, al menos para la condición que está tratando.

En cuanto a los resultados de las investigaciones, la controversia consiste en averiguar si los responsables de la eficacia terapéutica son factores únicos (específicos), que distinguen un tratamiento particular, o factores comunes (inespecíficos) presentes en todas las terapias:

RESULTADOS
¿A qué responde la eficacia terapéutica: - a factores únicos específicos al tratamiento (EFECTOS DEPENDIENTES), o - a factores inespecíficos comunes a todas las terapias (EFECTOS INDEPENDIENTES)?.
<ul style="list-style-type: none">- Nivel de eficacia de línea-de-base aceptable en todas las psicoterapias.- No hay pruebas concluyentes de eficacia incremental.- La psicoterapia no se demuestra superior al tratamiento placebo.- No hay tratamientos, métodos o estilos especialmente indicados a casos concretos.- Las pruebas sugieren que los factores comunes tienen mayor efecto terapéutico (sobre todo, sugestibilidad, persuasión, fe y esperanza).- La relación terapeuta-paciente (elemento inespecífico) constituye una influencia supraordinada que trasciende a las técnicas.

La equivalencia relativa entre las actuales terapias y el tratamiento inespecífico de ninguna manera impugna ni disminuye su eficacia terapéutica. Constituyen las prácticas de cura legítimas y autóctonas de nuestra sociedad y, como tales, juegan un papel crucial e indispensable en el mantenimiento del equilibrio entre las necesidades individuales y sociales.

Los estudios sobre eficacia comparada entre los distintos modelos de tratamiento no son concluyentes, habiendo un amplio sector de profesionales que plantean que los factores comunes tienen más peso específico en la explicación de los resultados.

Existe un mayor número de investigaciones centradas en el enfoque cognitivo-conductual, cuyos procedimientos específicos se ajustan mejor al método científico-

experimental, encontrándose menos estudios de los demás modelos, lo que no significa que los demás modelos no sean eficaces o válidos.

La psicoterapia atraviesa un momento favorable para los tratamientos empíricamente validados. Precisamente por ello, se corre el riesgo de dar más facilidades a los tratamientos más fácilmente validables, quedando relegados otros tratamientos que pueden aportar la misma eficacia. De ahí nuestro interés en utilizar una metodología no excluyente que de igualdad de oportunidades a todos los tratamientos para validarse, demostrando los beneficios de los que son capaces. Se busca consensuar un procedimiento inclusivo que indique criterios de validación para los diferentes modelos.

Rodríguez Morejón (2004) discute la filosofía estadounidense de los Tratamientos Empíricamente Validados (TEV), con sus criterios y su metodología para determinar qué tratamientos podemos considerar exitosos, proponiendo alternativas más ajustadas al contexto de salud mental español. Afirma que un mismo problema puede ser tratado exitosamente con diferentes alternativas de tratamiento, dependiendo la elección más de la historia de aprendizaje del terapeuta que de lo establecido por los estudios científicos. Considera necesario establecer criterios de eficacia para seleccionar los tratamientos, entendiendo que cada modelo requiere diseños ajustados a sus presupuestos teóricos sobre el terapeuta, los clientes y los mecanismos de cambio, que permitan la investigación cualitativa de los procesos (no solo de los resultados) en sus contextos naturales, y proponiendo alternativas a la filosofía de los TEV.

Su crítica a los TEV se basa en que proclaman unos criterios y una metodología específicos involucrados con intereses comerciales (seguros privados) para determinar qué tratamientos podemos considerar exitosos y en que están centrados en la patología más que en los pacientes.

Recuerda que los grandes estudios de los 80 ya dejaron bien establecido que la psicoterapia es más eficaz que la no psicoterapia o los tratamientos placebo (APA, 1982; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Smith, Glass y Miller, 1980). Ahora se plantean preguntas más específicas: qué tratamientos, llevados a cabo por quién, son más efectivos para un individuo concreto, con un problema específico que está en unas determinadas circunstancias. El reto se propone desde la psiquiatría biológica y en un contexto en el que priman claramente los intereses políticos y económicos de los servicios de salud norteamericanos. Una división de la American Psychological Association (APA) se encarga de establecer los criterios para determinar qué tratamientos serán considerados eficaces en el futuro.

Se considera que una intervención ha demostrado su eficacia cuando: a) el tratamiento ofrece mejores resultados que un placebo u otro tratamiento, o bien, b) el tratamiento demuestra una eficacia similar a otro ya probado. Para alcanzar los criterios, se propone una metodología concreta: diseños con un grupo control y asignación de clientes al azar, grupos de al menos 30 personas, los tratamientos deben estar manualizados (descritos operacionalmente) y ser aplicados en una población específica y con un problema concreto (según clasificaciones DSM). TEV se convierte en sinónimo de “ciencia” y pasa a ser una aspiración para cualquier modelo de psicoterapia.

¿Qué repercusiones tiene esta situación para los profesionales de la psicología, los servicios de salud mental o los centros de formación en psicoterapia, qué efectos sobre la práctica clínica y los servicios de salud mental? Todos quieren conseguir el anhelado aval de la APA, que se ha comprometido a crear y difundir las listas de los tratamientos que cumplan criterios entre programas de doctorado y formación en psicología clínica, y usarlas como guía para avalar futuros programas de especialización.

En España (“la psicología clínica por fin es ciencia”) nos hemos apresurado a asumir lo que nos viene dado desde fuera, sin ninguna reflexión, más aún cuando son muchos los críticos que, desde el mismo país que propone criterios, llaman al análisis y piden un proceso de deliberación y un tiempo razonable para su aplicación. En nuestro país, sin ningún tipo de debate, ya comienzan a aparecer listas (incluso en el COP), sin explicar la filosofía de la que provienen ni los criterios desde los que deciden (Labrador y cols., 2003).

Pero nuestros sistemas sanitarios (español, europeo) deben regirse por criterios de eficacia que no tienen que ser los mismos que aplican los norteamericanos, sino coherentes con nuestra realidad actual y con nuestros deseos de mejora para el futuro. En el contexto español (o europeo) deberemos decidir qué criterios para evaluar tratamientos establecemos y qué metodología se considera aceptable de manera que no se pierda la riqueza que tantos terapeutas de diferentes modelos han construido durante años. Tendremos que decidir también qué institución se encargará de velar por los criterios, hacer que se respeten y se actualicen. Necesitaremos construir criterios de éxito más flexibles que los propuestos por la APA, criterios que:

a) permitan la investigación de resultados en los diferentes modelos sin que éstos tengan que renunciar a sus peculiaridades (su visión del hombre, de los problemas, de los mecanismos de cambio), sin imponer clasificaciones diagnósticas o herramientas de evaluación; y

b) acerquen la investigación a los contextos de la práctica clínica y la formación. La validación de los tratamientos debe hacerse en sus contextos naturales, no en la universidad en condiciones alejadas de la realidad cotidiana de la psicoterapia.

Los TEV asumen una filosofía centrada en el trastorno, en la patología, en los síntomas más que en las personas que los sufren. Esto conlleva el uso de sistemas de clasificación (DSM) para llegar a diagnósticos, y se sugiere profundizar en la clasificación de las personas para tratar de localizar variables que sirvan para determinar la adecuación de las personas a tratamientos. Esta visión sobre los problemas, su evaluación y clasificación no es compartida por todos los modelos de psicoterapia. Hay modelos que no clasifican, trabajan ajustados a las personas y no a sus síntomas, se preocupan de que sus clientes alcancen sus objetivos de vida y no de corregir las desviaciones que éstos experimentan sobre la supuesta normalidad. Aceptar la filosofía de los TEV supondría traicionar algunos aspectos considerados esenciales para algunos modelos de tratamiento.

La nueva "psicoterapia basada en la evidencia" hace de la técnica el objeto fundamental de análisis, las variables 'terapeuta' y 'cliente' quedan en un segundo plano. Pero la eficacia de una técnica concreta está en función de la habilidad del terapeuta para ponerla en práctica (su *efectividad*), y no sólo de características inherentes a la propia técnica. Establecer en qué consiste lo que llamamos habilidad del terapeuta es más complicado, tiene que ver precisamente con todo lo que éste hace para convertir al cliente en el protagonista del proceso: se trata de la capacidad del terapeuta para establecer relación terapéutica y para ajustar los tratamientos a las características positivas de sus clientes (en función de sus recursos y no tanto de otras posibles clasificaciones psicológicas).

Los criterios de la APA hablan de la "psicoterapia basada en la evidencia" o de «Tratamientos Empíricamente Validados», pretendiendo "un contrato en exclusiva" de lo científico para el modelo que ellos practican. Imponen que "empíricamente validados" sólo son aquellos modelos que cumplen los criterios establecidos por la APA. Pero empírico quiere decir "relativo a la experiencia o fundado en ella". Debe quedar claro que una cosa son las listas y los criterios APA, y otra las evidencias empíricas. Las listas de tratamientos que cumplen criterios APA son muy recientes y escasas; las evidencias empíricas («fundadas en la experiencia») sobre la eficacia de algunas psicoterapias son abundantes y vienen de mucho más lejos. La psicoterapia (como la psicología) siempre ha tratado de basarse en la evidencia, aunque ahora quieran hacernos creer lo contrario. Muchos son los tratamientos que tienen un gran apoyo empírico (cumplan o no los criterios de la APA).

El fundamento empírico proviene de investigar procesos exitosos que ocurren durante las sesiones (efectividad), no sólo de establecer si los tratamientos alcanzan o no unos determinados umbrales de resultado (eficacia). No hay que olvidarse de

estudiar los pequeños microcambios que ocurren en cada sesión de terapia y aprender de ellos. Lo que realmente ayuda a un clínico que lee resultados de investigación es esa pequeña cosa que ha aprendido y que puede empezar a hacer la próxima vez que se siente delante de sus clientes.

El movimiento TEV apuesta por las pruebas “más objetivas” y estandarizadas, beneficiando a algunos modelos y perjudicando a los que se sirven de otro tipo de pruebas (p.e., el informe verbal recoge mejor la riqueza de la experiencia del cliente).

La “manualización” es una de las condiciones más debatidas: hay aspectos que son “manualizables”, como las prácticas o técnicas. Es más difícil hacer operativos los procedimientos: los criterios que usamos para tomar decisiones. Mucho más complicado aún es establecer al detalle las repercusiones prácticas de las asunciones teóricas de un modelo. Los manuales tienen tres debilidades que conviene señalar: ¿es posible reflejar en un manual los aspectos esenciales de lo que significa hacer psicoterapia?; ¿quién determina el resultado: el manual o el terapeuta?; y, por último, ¿seguir el manual afecta al éxito final del tratamiento?

¿Qué sucedería si, beneficiados por los actuales criterios, un grupo de tratamientos se hiciera inmerecidamente con el control de la psicoterapia? Esto tendría efectos perniciosos en las personas y contextos relacionados con la clínica. En los sistemas de salud mental las instituciones obligarían a utilizar esa gama de tratamientos y los profesionales tendrían que asumir que, si quieren trabajar, sólo podrían emplear éstos. En los ámbitos formativos, las especialidades en psicología clínica que quisieran tener aceptación deberían estar relacionadas con modelos “empíricamente validados”, los estudiantes elegirían ese tipo de formaciones y los profesores que asuman los modelos favorecidos verían beneficiada su carrera. Por último, el estado y las instituciones financiadoras de investigación tenderían a favorecer económicamente a los TEV con lo cual el sesgo no haría más que mantenerse y ampliarse. Las psicoterapias más conceptuales como el psicoanálisis, la terapia humanista, la existencial, la centrada en soluciones, la gestáltica o la Jungiana disminuyen su influencia; los que la aumentan (¿lo adivinaron ya?), los modelos cognitivo-conductuales e integraciones en torno a ellos.

Las restricciones en la investigación serían sin duda preocupantes, porque limitan el futuro de todos. En un momento en que la investigación cualitativa afronta nuevos retos tratando de establecer cuáles son los mecanismos de cambio, los factores comunes que subyacen a los modelos de psicoterapia, cuando la integración entre modelos parece poner a nuestro alcance terapias cada vez más flexibles y eficaces, cambiar flexibilidad por restricción y uniformidad no parece lo más adecuado. Más aún cuando seguimos sin ser capaces de ayudar a entre el 25 y el 30% de las personas que acuden a nuestras consultas.

En este juego hay participantes que salen con ventaja y que se proponen sacar el mayor beneficio posible de una jugada que está planteada como: “yo inicio el juego, y además pongo las reglas que me interesan, la primera es que nadie puede abstenerse de jugar”. No hay porque aceptar una partida en esas condiciones.

Hay que llevar a cabo este proceso de “reconversión de la psicoterapia” con calma. Establezcamos tiempos para tomar decisiones, preferimos no recorrer el camino que queda por delante como si de una competición o una carrera se tratara. Si esto fuera una carrera el vencedor debería ser siempre el público, los usuarios de psicoterapia, nunca los modelos terapéuticos. Establezcamos un contexto en el que quepan todas las psicoterapias para que aprovechemos las posibilidades de enriquecimiento que puede ofrecer cada una. Partamos de reglas consensuadas para asegurarnos de que las conclusiones sobre diferentes grados de eficacia no se limiten a reflejar los sesgos de los criterios establecidos a priori. Adaptar los criterios a la diversidad de enfoques y a la práctica clínica supondrá favorecer también el uso más flexible de los diseños de investigación.

Proponemos que se tengan en cuenta nuevos diseños experimentales más flexibles que permitan combinar la investigación de resultados con la investigación de proceso. Arreglos experimentales cada vez más creativos que nos permitan acercar la investigación a sus contextos naturales (la práctica clínica, los centros de formación en psicoterapia), nuevas estrategias para resolver nuevos problemas. Diseños que respeten las diferentes visiones que los modelos de tratamientos tienen sobre el terapeuta, los clientes y los mecanismos que facilitan el cambio. Proponemos potenciar la investigación cualitativa, no sólo como precedente de la cuantitativa, sino como herramienta en sí misma que nos acercará al entendimiento de nuestros clientes y sus recursos, de los aspectos de los terapeutas y de las técnicas que ayudan a promocionar a las personas con que trabajamos, para acercarnos al secreto último de los mecanismos de cambio terapéutico.

Rodríguez Morejón recuerda la propuesta de Henry sobre cambiar los TEV por “Entrenamientos Empíricamente validados”. La gran apuesta es la formación y es precisamente a través de ella como podemos garantizar que los/las nuevos/nuevas terapeutas saben manejar técnicas de cambio, relación terapéutica, expectativas de solución y todas las demás habilidades que sirven para potenciar los recursos de los clientes. Si nos aseguramos que la formación que se imparte en nuestros centros es buena y que cada uno de los terapeutas que sale de ellos está en condiciones de alcanzar un buen nivel de resultados, habremos resuelto el problema de la eficacia de los tratamientos.

Insistamos también en la formación continua de nuestros psicólogos clínicos, lo que en otros países es una obligación aquí depende únicamente de la buena disposición de nuestros profesionales ¿cuántos de ellos jamás se han sometido a supervisión?

Nuestro estudio (v. justificación, diseño, objetivos, procedimiento, muestra, hipótesis, variables, material y métodos... en Filgueira Bouza et al., 2009), avalado por la Sección de Psicología Clínica del Colexio Oficial de Psicología de Galicia, pretendió realizarse sin alterar las condiciones naturales en la administración de los tratamientos, es decir, sometiendo a un control viable las sesiones con los pacientes *in situ*, tal como son derivados en la práctica habitual, sin aislarlos del contexto psicoterapéutico ordinario para el estudio. Nos propusimos proceder de forma que los materiales producidos fuesen respetados al máximo y sufriesen sólo las transformaciones imprescindibles para extraer de ellos los resultados. Se llevó a cabo en varias fases: reclutamiento de participantes (2005), análisis de constructos sobre la profesión (2006), comparación de estilos de intervención (2007), estudio observacional-descriptivo de las variables implicadas en el proceso terapéutico, evaluación de resultados en la sintomatología motivo de consulta (2007-2008) y controles de seguimiento (2009), mediante un protocolo basado en estudios preliminares (J.L. Rodríguez-Arias Palomo y M.F. Venero Celis, 2006). Dicho protocolo fue modificado posteriormente, ajustándolo según necesidades detectadas en las etapas anteriores, y la nueva versión (2010) es la que se administra en el presente trabajo. El texto original y el nuevo protocolo pueden descargarse de la página del COP-Galicia

[http://www.copgalicia.es/pdf/Anuario de Psicología Clínica 3.pdf](http://www.copgalicia.es/pdf/Anuario_de_Psicologia_Clinica_3.pdf)

Seguidamente presentamos las conclusiones más destacadas del estudio 2005-2009:

“Desde el comienzo hemos presentado el estudio como un intento descriptivo de la práctica psicoterapéutica de los Psicólogos Clínicos (de Galicia). Con optimismo nos hemos esforzado en buscar análisis que pudieran permitirnos algunas conclusiones más ambiciosas, y con capacidad de extrapolación, en cuanto a las relaciones entre teoría y práctica y entre las técnicas específicas y los resultados de los tratamientos. No hemos pretendido un estudio de eficacia comparada entre modelos de psicoterapia teniendo en cuenta los resultados más relevantes de la literatura consultada. Tenemos la satisfacción de haber logrado un auténtico trabajo de equipo durante 4 años ininterrumpidos (2005 a 2009) entre un buen número de profesionales de diferentes enfoques que han aportado todo su esfuerzo de manera desinteresada (ni una sola ayuda de investigación nos fue concedida en las convocatorias a las que concurrimos) y con absoluto respeto por los planteamientos y quehacer de los colegas de las diferentes escuelas.

Los avatares del tiempo y varias circunstancias coyunturales, algunas inevitables y otras controlables, han producido una notable reducción en el tamaño de la muestra de psicoterapeutas inicialmente reclutada así como en el número de casos susceptibles de haber completado el estudio (solo hay datos de resultados del 25%

de los casos reclutados, y datos de seguimiento del 59,1%, de los cuales el 24% ha abandonado y el 6% sigue a tratamiento). El grupo de Psicodrama y el de Terapia Cognitivo-Conductual han quedado tan reducidos que no permiten comparaciones ni extraer conclusiones específicas relevantes, siendo los grupos de Psicoanálisis y Terapia Sistémica los que sostienen el mayor peso de los resultados. Cabe preguntarse por las razones de que el enfoque con más tradición investigadora en el método experimental, el cognitivo-conductual, haya tenido en esta oportunidad tan escasa participación (de los 15 terapeutas inicialmente reclutados, sólo 2 completaron el estudio). Es sabido que los psicodramatistas (5 reclutados/2 completaron) cuentan con menor representación que otras escuelas en la población de psicoterapeutas y que su hábito investigador es peculiar (métodos sociométricos...) y más reciente. Esta muestra podría haberse ampliado incluyendo en el estudio psiquiatras de esta orientación con ejercicio en el ámbito del estudio. Hay que valorar el esfuerzo innovador realizado por el grupo de Psicoanálisis (8 reclutados/6 completaron), por su particular postura frente a la investigación y a la práctica clínica. Y destacar la solidez del grupo de Terapia Sistémica (16 reclutados/11 completaron) en todo el proceso, demostrando una vez más su reconocido prestigio entre los profesionales y usuarios de nuestros dispositivos, con una tradición investigadora y clínica seria y consolidada. Las dificultades para seleccionar y explotar suficientemente la metodología ajustada a nuestros objetivos e hipótesis también han influido sobre la capacidad de los análisis, el rigor de las interpretaciones y la relevancia de las conclusiones.

Con todas las salvedades mencionadas, creemos haber cumplido, al menos parcialmente, algunos de nuestros objetivos:

- Describir algunas de las prácticas psicoterapéuticas que se ejercen en Galicia, sus fundamentos teóricos, procesos, técnicas, objetivos y una aproximación de resultados.
- Fomentar la comunicación y el intercambio entre los Psicólogos Clínicos que ejercen dichas prácticas.
- Proponer, desarrollar y seguir probando diseños metodológicos más ajustados a las peculiaridades de la investigación con psicoterapias, de manera particular, respetando las condiciones naturales en la administración de los tratamientos.
- Elaborar, desarrollar, probar y contribuir a validar instrumentos y protocolos consensuados entre modelos para el control de las adscripciones teóricas de los psicoterapeutas, de los estilos de intervención, de las variables implicadas en los distintos procesos psicoterapéuticos y de los resultados de los tratamientos, a fin de que éstos sean administrados en condiciones suficientemente documentadas, consentidas, libres y seguras.
- Contribuir a identificar variables comunes y específicas en los procesos psicoterapéuticos con el objetivo, a largo plazo, de averiguar si existen correlaciones entre los agentes específicos de cada modelo y sus resultados, y si puede sostenerse la idea de proponer indicaciones específicas en psicoterapia. Un objetivo todavía muy lejos del alcance de nuestro estudio.
- Comprobar diferencias significativas entre los modelos estudiados: en cuanto a los constructos teóricos (planteamientos) sobre la profesión, se constata que los

psicoterapeutas de los diferentes modelos manejan conceptos/significados diferentes y priorizan o ignoran determinadas variables (Código Sociocibernético de Relevancia/Opacidad); en los estilos de intervención (evaluados con el EPT-C), aparecen ciertas diferencias en la forma de abordar, comprometerse e implementar el proceso psicoterapéutico (focalización, expresión emocional, directividad); y en las comparaciones pre/post tratamiento y controles de seguimiento, aparece mejoría significativa en un buen número de variables (cumplimiento de objetivos, mejoría percibida, salud general), si bien esta afirmación debe limitarse a la muestra total sin poderse extraer conclusiones específicas relevantes para cada grupo por separado. Con los análisis realizados y resultados obtenidos, no estamos en condiciones de afirmar que existan diferencias entre las prácticas psicoterapéuticas (lo que hacen los psicoterapeutas en la práctica en correlación o con independencia del modelo teórico utilizado).

- *Probar la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, y este dato significativamente nos favorece: el 78% de los usuarios encuestados en la fase de seguimiento afirma estar mejor, manteniéndose los efectos referidos al finalizar los tratamientos.*
- *Contribuir a mejorar los procedimientos de control de calidad en la formación y el ejercicio de la psicoterapia con criterios homologables a las acreditaciones de ámbito europeo e internacional.*
- *Identificar los puntos débiles y dificultades a solventar en este ámbito de la investigación, orientando ulteriores estudios.”*

II. UNA EXPERIENCIA ILUSTRATIVA: PSICODRAMA CON PACIENTES DE TRAUMA COMPLEJO Y DISOCIACIÓN

2.1 Marco: la intervención tiene como referentes principales los trabajos de Van der Hart, Steel y Nijenhuis (2007), sobre la estructuración del tratamiento de los cuadros de trauma complejo y disociación (refuerzo de bases, estabilización, abordaje del trauma e integración), y el texto de Kellerman (2000) sobre el tratamiento psicodramático de pacientes con trauma, formando parte de la actividad del grupo de investigación sobre psicoterapias del COP-Galicia.

2.2 Muestra: Realizamos inicialmente un grupo breve de psicodrama, 6 sesiones quincenales de 2 horas, programadas entre Abril y Julio de 2010. Se reclutaron y evaluaron con el protocolo (versión 2010) a 12 pacientes (11 mujeres y 1 varón) con sintomatología depresiva y/o ansiosa, trastornos alimentarios y trastornos disociativos, en procesos de duelo, con rasgos dependientes, inestabilidad emocional, dinámicas familiares disfuncionales y desestructuradas, y con historia traumática por pérdidas, maltrato y/o abuso. Se pretendía una experiencia-piloto prorrogable por otros 3 meses (6 sesiones más), desde Octubre a Diciembre, si la evaluación preliminar resultase positiva y sin efectos secundarios indeseables. En la segunda parte de este primer grupo, participaron 6 pacientes (mujeres) de la muestra original. Las sesiones fueron co-dirigidas por dos psicoterapeutas (psiquiatra y psicóloga clínica), con formación específica en psicodrama, terapia sistémica, EMDR..., que

contaban con un equipo de apoyo para evaluación, observación, registro y trabajo auxiliar (1 Psicóloga, 1 Terapeuta ocupacional, 1 PIR, 1 MIR-Psiquiatría). Los pacientes que asistieron al grupo acudían paralelamente a sus consultas en la USM de referencia, donde recibían tratamiento psicofarmacológico y, en algunos casos, otras psicoterapias (EMDR, terapia familiar, de pareja...).

Todos los pacientes que asistieron a las 6 primeras sesiones de prueba confirmaron su deseo de continuar en la segunda parte de la experiencia, no obstante, la asistencia fue más irregular y de solo la mitad de los componentes del grupo. La actividad estuvo detenida durante los tres meses de verano (julio, agosto, septiembre).

En la siguiente experiencia se realizan ajustes basados en el análisis del primer grupo: básicamente, el mantenimiento de la continuidad del proceso (12 sesiones quincenales sin interrupción durante 6 meses), que mejora la asistencia, y una intervención más ajustada a la patología al separar pacientes donde predominan las secuelas traumáticas o bien los síntomas disociativos (éstos se abordan en un grupo diferente con una orientación más psicoeducativa). Se realizaron dos grupos más entre Enero y Julio de 2011, uno de Trauma (8 pacientes) y otro de Disociación (6 pacientes),

El grupo de Trauma 2 reunió a 8 pacientes (7 mujeres y 1 varón), con historias de abusos y maltratos, durante 12 sesiones quincenales de dos horas durante 6 meses (Febrero a Julio de 2011), los cuales fueron evaluados con el protocolo (versión 2010) que venimos utilizando en las experiencias anteriores. Las sesiones fueron co-dirigidas por dos psicoterapeutas (psicóloga clínica y psiquiatra), con formación específica en psicodrama, terapia sistémica, EMDR..., apoyadas por un equipo auxiliar para evaluación, observación, registro e intervenciones guiadas (1 Terapeuta Ocupacional, 2 Alumnas de Practicum de Psicología, 1 PIR). En algunas sesiones puntuales, no de manera regular, participó en el equipo otro personal en formación que rotaba por el hospital. Los pacientes que asistieron al grupo acudían paralelamente a sus consultas en la USM de referencia, donde recibían tratamiento psicofarmacológico y, en algunos casos, otras psicoterapias (EMDR, terapia familiar, de pareja, individual...), aunque la tendencia es hacia una menor frecuentación de las consultas de Psicología en la medida en que son asumidas por el equipo terapéutico durante el proceso grupal.

En este nuevo grupo se aprecia claramente que los pacientes profundizan más en sus dificultades y se producen reacciones de mayor intensidad emocional. Las sesiones requieren desde el comienzo más trabajo psicodramático centrado en protagonista que sociodrama grupal. Generan sesiones individuales, de pareja y de familia que se programan en la semana en que no se celebra el grupo y son atendidas por la psicóloga clínica del equipo. Algunos de los participantes han requerido

hospitalización durante el proceso grupal, por circunstancias diversas, sin interrumpir por ello su tratamiento en el grupo.

En la actualidad, se encuentran en marcha 3 grupos más, que transcurrirán entre Octubre 2011 y Mayo 2012: Disociación DS3 (7 pacientes), Trauma TR3 (8 pacientes) y Somatización SM1 (6 pacientes) Son pacientes derivados de las USM, algunos retomados de grupos anteriores (al valorarse que se pueden seguir beneficiando del tratamiento, cuando no aprovecharon suficientemente la experiencia anterior, y si se estima que el beneficio esperado supera el riesgo de dependencia). En el grupo de Somatización se han incluido pacientes con historias traumáticas cuya clínica se manifiesta de manera más notoria en el cuerpo en forma de síntomas físicos.

Nos encontramos en continuo procesamiento (cualitativo y cuantitativo) de los datos registrados desde el comienzo de la experiencia, teniendo informes de seguimiento (que se realizan al cabo de un año de la finalización del grupo) hasta ahora únicamente del primer grupo. Podemos facilitar un avance de resultados (ver tablas en anexos), los cuales indican mejorías significativas en diferentes aspectos que vamos a comentar. La continuidad del estudio permitirá un procesamiento más fiable y válido de los datos, incluyendo comparaciones intergrupos, al aumentar el tamaño de la muestra estudiada y debido al perfeccionamiento en la aplicación de las técnicas de forma más ajustada a las características de estos pacientes y grupos. Próximamente aparecerá publicada la experiencia del primer grupo y el caso clínico de una de sus participantes (Filgueira Bouza et al., en imprenta. Anuario nº 6 de la Sección de Psicología Clínica del COP-Galicia).

2.3 El tratamiento psicodramático de pacientes con trauma requiere algunas precauciones específicas (Kellerman, 2000):

Consideraciones iniciales: después de un hecho traumático, la vida ya no vuelve a ser la misma. Se termina la seguridad, la predictibilidad y la confianza. Tras el shock, se produce una especie de cortocircuito físico y mental, con alteraciones físicas, emocionales y cognitivas. Domina el miedo abrumador, la indefensión, y la pérdida de control, rebelión, rabia, vacío y pérdida. Los pacientes son incapaces de olvidar. Las imágenes, emociones y demás contenidos expulsados de la conciencia permanecen en el cuerpo como sustancias extrañas en forma de manifestaciones psicósomáticas. Se produce una pérdida de espontaneidad (la capacidad para encontrar respuestas adecuadas) que afecta también a las relaciones.

El psicodrama intenta devolver la oportunidad de recordar, repetir y procesar los acontecimientos traumáticos. El proceso de re-creación es terapéutico porque ayuda a reintegrar emocionalmente y procesar cognitivamente (re-conocer) la pérdida

abrumadora y a desarrollar la espontaneidad que puede aliviar el impacto psicológico del trauma.

El tratamiento psicodramático enfatiza la dimensión multidimensional de los sistemas implicados en toda experiencia traumática: emocional-orgánico-intrapersonal e interpersonal-social constituyendo un enfoque de re-creación y re-viviscencia de los acontecimientos traumáticos.

Aspectos terapéuticos:

Re-creación (dramatización, actuación).- las experiencias reprimidas del hecho traumático se re-crean y re-viven en un ambiente seguro. Volver una y otra vez sobre el acontecimiento traumático para verbalizar detalladamente recuerdos y sensaciones, y presentar en la acción lo que es imposible poner en palabras. Ventilar las experiencias traumáticas supone una liberación de la tendencia previa a reprimir el impacto emocional del acontecimiento.

Re-procesamiento cognitivo (toma de conciencia por la acción).- facilitar una nueva comprensión de lo sucedido y procesar los conflictos inconscientes que pueden estar conectados con el acontecimiento. Se trata de integrar la información conflictiva y construir nuevos significados de lo antiguo y lo nuevo, para dar sentido a un mundo que temporalmente ha perdido estructura y significado. Debido a la tendencia a disociar, suele ser muy necesario integrar la percepción en la consciencia por medio de la verbalización. Se realiza un esfuerzo activo por transformar el recuerdo puramente sensorial en una experiencia más integrada con una narrativa o 'historia personal' de lo sucedido.

Descarga de energía extra (catarsis emocional).- se permite la catarsis emocional para drenar los residuos emocionales del trauma. Los síntomas del trauma son el resultado de una respuesta biológica incompleta que se activa intensamente ante una amenaza y queda congelada en el tiempo. Descongelándola, esta respuesta se completa y el trauma se puede curar. Se descarga la energía residual del acontecimiento. Hay que incluir análisis de las resistencias, elaboración e integración.

Realidad extra ("como si").- se introduce un elemento imaginario de "realidad extra" para ampliar la perspectiva sobre el mundo. Las escenas de "realidad extra" (aportaciones de las perspectivas de los auxiliares con nueva información) permiten deshacer lo que se hizo y hacer lo que hay que deshacer. El psicodrama puede transformar simbólicamente los escenarios de la vida trágica modificando el acontecimiento traumático y permitiendo una respuesta emocional diferente. El uso de la imaginación no persigue la distorsión de la realidad sino asimilar una realidad

externa imposible por el fortalecimiento del mundo subjetivo de la persona traumatizada.

Apoyo interpersonal (tele).- se focaliza la afectación que ejerce el trauma sobre las relaciones interpersonales y los medios para prevenir el aislamiento. Necesidad de “brillar” y recibir apoyo y afecto. La experiencia de aprendizaje interpersonal reparador neutraliza el sentido alterado de la confianza, la seguridad y la ‘pertenencia a la raza humana’. El grupo ayuda en la reintegración social aportando un nuevo sentido de la seguridad, autoestima e intimidad; rompe con el aislamiento y ayuda a descubrir que las respuestas emocionales son compartidas por muchos otros que tienen experiencias traumáticas similares. Se pasa de víctima indefensa a superviviente que se enfrenta. Esta transformación se puede celebrar con rituales terapéuticos.

Rituales terapéuticos (magia).- para transformar el acontecimiento en una experiencia vital significativa. Presentaciones, exploraciones sociométricas, ejercicios grupales de autopresentación (roles psicodramáticos), puesta en común de contenidos (recipientes), contacto... Facilitan las transiciones en el ciclo vital y el ajuste a las nuevas circunstancias dentro de un marco estructurado. Aportan un sentido de seguridad y ayudan a expresar los sentimientos de manera simbólica.

Sociodrama de crisis.- en caso de trauma colectivo, para reajustar el equilibrio social. Principios universales de la ‘Madre Naturaleza’, rituales de la mitología, símbolos y narrativas.

Recomendaciones: debido al riesgo de retraumatización y/o revictimización, y a las experiencias previas de pérdida de control y manipulación, se requiere un ‘estilo suave’ de intervención, que reconozca las necesidades básicas: seguridad, contención y cierre.

La sesión debe estar preparada (estructurada), se debe explicar lo que va a suceder en cada fase del proceso y hay que obtener el consentimiento de participación.

Hay que aportar todo el control posible a las emociones expresadas en la escena.

Hay que seguir y no manipular al protagonista (locus of control, tiempo, ritmo...).

Adaptación de las técnicas a las necesidades especiales y a los diferentes grados de indefensión aprendida: *dobles* para contener emociones más que para facilitar la abreacción; *espejo* para tomar distancia de uno mismo y del acontecimiento temido cuando la situación es demasiado dolorosa y recuperar el control a través de ‘dosis tolerables de toma de conciencia’ (ni negación extrema ni repetición intrusiva) y

equilibrio entre tensión y relajación; está contraindicado el *cambio de roles* con los agresores (salvo que lo pida la propia víctima), sin antes haber tomado contacto con los propios sentimientos, y no forzar la comprensión o aceptación de los motivos del otro para no fomentar el sentimiento de culpa o la autoagresión.

El psicodrama debe proporcionar un ambiente en el que las personas traumatizadas dejan de ser consideradas como objetos que se empujan, tiran y moldean a merced de fuerzas externas. Hay que hacer que se vean con un papel activo y responsable en la construcción de sus vidas y como co-terapeutas de su viaje hacia la resolución del trauma.

En nuestros grupos propusimos los siguientes módulos (aspectos a trabajar):

- Autocuidado.- defensas, apoyos, resiliencia, desarrollo de recursos y habilidades, espontaneidad.
- Regulación emocional.- contenidos bloqueados, simbología de la somatización, disociación (interferencias, desconexión, defensas, límites), expresión/contención, tensión/relajación. Presente, pasado y futuro.
- Relaciones interpersonales.- reafirmar la verdad subjetiva sin cuestionamientos en ambiente de apoyo, aprecio y contención; prevención del aislamiento, desarrollo de la confianza, espontaneidad.

Observaciones adicionales:

En el tratamiento de los trastornos de base traumática se ha pasado desde un abordaje centrado en el trauma a destacar la importancia de trabajar en la estabilización previa del paciente antes de abordar los contenidos traumáticos (Guías Clínicas de la ISSTD, 2000). El paciente ha de tener suficiente fortaleza para afrontar los capítulos más complejos de su historia, o se corre el riesgo de que el tratamiento resulte desestabilizador.

Podemos encontrar distintos perfiles de pacientes, con características particulares de cara al tratamiento. El primero de ellos es el paciente con historia de trauma reciente, sin antecedentes de problemas de trauma y apego en la infancia: por ejemplo, un accidente o un episodio aislado de violencia. En estos pacientes, abordar el trauma puede ser más sencillo, dado que una infancia sana aporta una fortaleza de base que representa un gran recurso. La aproximación al trauma dependerá únicamente de la intensidad emocional del suceso y del grado de evitación. El individuo ha de acercarse a la escena con suficientes elementos a su favor para que el terapeuta sepa que va a poder salir de ella. Esta confianza ha de estar de algún modo presente en el

paciente. La retraumatización (que el paciente se quede con el trabajo psicodramático nuevamente enganchado en el trauma) es el mayor riesgo iatrogénico, y han de ponerse los medios para evitarlo.

Un trauma reciente prolongado, sobre todo interpersonal, cuyo principal ejemplo es la violencia de pareja, produce ya efectos más profundos en la personalidad del individuo (Van der Kolk y cols, 2003). Aunque, en algunos casos, puede tratarse de traumas que se inician en la vida adulta, es muy frecuente que las personas que se ven en estas situaciones hayan vivido en su infancia problemas en la relación de apego temprana y sufrido algún tipo de maltrato o negligencia emocional o física. Esto nos crea un panorama más complejo. Sin embargo estos pacientes presentan una característica facilitadora del trabajo: un evento traumático grave está accesible a la conciencia y a la persona le resulta relativamente sencillo, incluso liberador, hablar de ello.

Un tercer grupo se caracteriza por síntomas disociativos más graves: trauma temprano y apego disfuncional son también la base de estos cuadros, pero el paciente tiene, en mayor o menor grado, una dificultad para darse cuenta de cómo esto influye en sus problemas actuales o incluso de que haya sucedido. Según Pierre Janet, la disociación es un trastorno de “no darse cuenta”. Estos pacientes tienen amnesia de sus experiencias traumáticas, o las recuerdan en un estado mental mientras que lo reviven dolorosamente en otros (Gonzalez, 2010). El mecanismo que mantiene los síntomas asienta en un conjunto de fobias (Van der Hart, Steel & Nijenhuis, 2006), como la fobia central al trauma, la fobia a los contenidos mentales derivados del mismo, al cambio y a la intimidad.

Nuestro equipo trata de valorar la indicación de una intervención grupal en cada uno de estos subtipos de pacientes. El psicodrama suele abordar la experiencia grupal buscando más la heterogeneidad que la homogeneidad, planteando que la diferencia hace la terapia más enriquecedora. Como contrapartida, las características de estos pacientes hacen que lo que beneficia a un subtipo puede perjudicar y descompensar al otro. Estas dos hipótesis: grupo homogéneo vs. grupo heterogéneo serán valoradas en base a esta experiencia piloto.

En segundo lugar, las intervenciones en los trastornos de base traumática se caracterizan en gran medida por la estructura (Herman, 2003; Roschild, 2000). El tratamiento psicodramático se basa en la espontaneidad y la creatividad. Partiendo de la hipótesis más conservadora (alto nivel de estructura, planificación de las sesiones), se experimentará con distintas intervenciones. La evaluación sistemática de las sesiones permitirá delimitar también la adecuación de la hipótesis estructura vs. ausencia de estructura.

El tratamiento de los cuadros de trauma complejo y disociación se estructura en tres fases: Estabilización, abordaje del trauma, integración (Van der Hart, Steel & Nijenhuis, 2006). Previo al trabajo con la escena traumática han de reforzarse las bases del paciente en distintas áreas, para que el paciente esté en condiciones de afrontar la siguiente etapa.

2.4 Descripción resumida de las sesiones

Controles: Además de las evaluaciones pre- y post- tratamiento (Protocolo de investigación COP-Galicia 2010, Dissociative Experiences Scale de Bernstein & Putnam, Escala de Evolución de Schwartz 10, Escala de Autocuidado de González y Mosquera, Escala de Habilidades Sociales de Gismero), en todas las sesiones se cubre una encuesta antes de comenzar y otra al finalizar, para valorar la evolución del estado de los pacientes desde la sesión anterior y durante el transcurso de la sesión actual. Disponen también de tres cajas para guardar notas sobre “LO QUE QUIERO GUARDAR PARA LA PRÓXIMA SESIÓN”, “NO ME ATREVO A”, “EL PASADO”. Aunque tienen el calendario de sesiones por escrito, siempre se les avisa por teléfono la víspera de cada cita para que no se olviden. Hay un equipo de observadores y auxiliares de la intervención siempre presente en las sesiones para registro, apoyo a las terapeutas principales y procesamiento del material de trabajo.

Grupo Trauma & Disociación, 2010

Material y Método: Protocolo de recogida de datos (v. 2010), Batería de Tests, Registros de Sesiones, Tareas (escritos* y dibujos) de los participantes, Observaciones del Equipo, Análisis y Procesamientos.

*Notas sobre “EL PASADO”, “LO QUE NO ME ATREVÍ A DECIR”, “LO QUE QUIERO GUARDAR PARA LA PRÓXIMA SESIÓN”.

1ª Parte

SESIÓN N° 1 29 ABRIL 2010 10:00 a 12:00 h.: Presentación, Sociometría y Límites. Espacio (distancia) y Dibujos (autopresentación).

SESIÓN N° 2 13 MAYO 2010 10:00 a 12:00 h.: Exploración de sus relaciones, su estado clínico reflejado en el cuerpo, la capacidad de autocuidado y proyección hacia el futuro.

SESIÓN N° 3 27 MAYO 2010 10:00 a 12:00 h.: Búsqueda de un lugar seguro para afrontar la sintomatología. Expresión somática y exploración del espacio.

SESIÓN N° 4 10 JUNIO 2010 10:00 a 12:00 h.: Los roles por desarrollar y los recursos para hacerlo. Sillas vacías (lo malo vs. lo deseado – cómo llegar).

SESIÓN N° 5 24 JUNIO 2010 10:00 a 12:00 h.: Identificaciones, Interterapia, Desarrollo de roles más funcionales. Títeres (yo real vs. yo ideal, modelos a seguir).

SESIÓN N° 6 8 JULIO 2010 10:00 a 12:00 h.: Balance, Despedidas, Proyectos y Evaluaciones. Feedback desde <silla protagonista> en el centro del espacio escénico.

2ª Parte

SESIÓN N° 7 14 OCTUBRE 2010 10:00 a 12:00 h.: nuevas normas, feedback sobre la primera parte de la experiencia, valoración del estado del grupo, énfasis sobre las mejoras, plan de trabajo para la 2ª parte (profundizar en las temáticas individuales).

SESIÓN N° 8 28 OCTUBRE 2010 10:00 a 12:00 h.: psicodrama centrado en protagonista, relación de hija cuidadora con madre dependiente.

SESIÓN N° 9 11 NOVIEMBRE 2010 10:00 a 12:00 h.: efectos del trabajo grupal, estrategias de afrontamiento de crisis, exploración del estado de malestar y bienestar, habilidades de autocontrol, observación de cambios.

SESIÓN N° 10 25 NOVIEMBRE 2010 10:00 a 12:00 h.: balance de asistencias, evolución de los grupos, manejo de la dependencia grupal, beneficios terapéuticos, extrapolación de resultados, su responsabilidad en producir el cambio, el duelo de una participante y su relación con el marido, búsqueda de apoyos, prescripción de tareas.

SESIÓN N° 11 9 DICIEMBRE 2010 10:00 a 12:00 h.: elaboración de la sesión anterior, mecanismos de defensa, respuestas adaptativas, alternativas de manejo de los problemas.

SESIÓN N° 12 23 DICIEMBRE 2010 10:00 a 12:00 h.: balance de la experiencia, feedback, recomendaciones para el futuro, despedidas.

Procesamiento de la 1ª parte: los datos cuantitativos preliminares del estudio se presentan en los Anexos. Aquí hacemos nuestra valoración cualitativa preliminar.

Hay que comenzar por explicar que se trata de un grupo experimental de aproximación al tratamiento de la patología traumática con el método psicodramático, documentado con la literatura revisada pero con ciertas dudas y

discrepancias relacionadas con el procedimiento. El principal aspecto a controlar es si la verbalización de las experiencias traumáticas y, en su caso, la reviviscencia de dichas escenas en el espacio escénico sirven de alivio y posible resolución del conflicto, o bien tienen el efecto de empeorar la sintomatología complicando la evolución clínica. No hemos alcanzado una conclusión firme sobre esta polémica. Algunos pacientes refieren sentir alivio al relatar sus historias personales ante el grupo, no obstante otros informan de empeoramiento en la sintomatología después de una sesión de alta intensidad emocional. No sabemos si dicho empeoramiento implica una intensificación puntual de la vivencia de malestar post-sesión y no necesariamente un agravamiento del estado clínico o la evolución, pero es importante estar atentos a estos aspectos y tratar de regularlos en la siguiente sesión. El paciente puede no ser consciente de la conexión entre lo trabajado en la sesión y su malestar posterior.

El grupo solo hizo una aproximación al método psicodramático, con ejercicios sociométricos, de caldeamiento, de manejo de límites físicos, de acercamiento al espacio escénico y ejercicios con sillas vacías y títeres. No hubo ninguna sesión de trabajo centrado en un protagonista, sino que se trabajó sociodramáticamente y teniendo en cuenta, por encima de todo, la contención emocional para prevenir un posible desbordamiento por resonancia entre los miembros del grupo. A pesar de la evitación de un trabajo frontal sobre las escenas traumáticas por parte de las terapeutas, varios miembros del grupo incidieron en las mismas y dichas intervenciones no fueron rechazadas sino reforzadas por los demás participantes. Aun reconociendo el efecto reactivador de la vivencia traumática, la mayoría se mostraba partidaria de abordar esta temática en las sesiones. Igualmente, la mayor parte de los pacientes declararon su deseo de continuar con la experiencia que, hasta entonces, no se había adentrado en profundidad sobre la patología motivo de consulta.

Tanto los pacientes como sus terapeutas y, en algunos casos, los familiares han informado de cierta mejoría en el transcurso del proceso, particularmente en lo relativo al manejo de las relaciones interpersonales y a los proyectos vitales.

Sin embargo, es necesario tener en cuenta las reacciones minoritarias. Si una experiencia grupal conlleva un sufrimiento improductivo para algún participante, esto es tan relevante como el beneficio mayoritario. Tratar de ver qué perfil de paciente puede presentar problemas es una de las metas de este trabajo, de cara a la selección de posteriores grupos.

Las valoraciones fueron más positivas que negativas, aunque se plantearon algunas valoraciones negativas. Algunos participantes se cuestionaban su continuidad, pero es posible que la respuesta inmediata en la última sesión esté motivada por las

dificultades de vinculación y como una anticipación del miedo al abandono. Una valoración negativa puede también estar directamente relacionada con un empeoramiento puntual, dadas las dificultades de una visión global que muchos presentan. También la tendencia a la visión negativa y la falta de esperanza en el futuro pueden condicionar las valoraciones.

Las valoraciones positivas pueden estar mediadas por la tendencia a “no darse cuenta” y a mostrar un aspecto de aparente normalidad que algunos de estos pacientes presentan.

Por ello, tanto las evaluaciones positivas como negativas han de ser filtradas por el juicio clínico de los terapeutas y el conocimiento individualizado de cada caso. Disponemos hasta la fecha únicamente de una valoración reciente, siendo más relevante el efecto mantenido a largo plazo, que sólo podrá analizarse con posterioridad.

La impresión global de los terapeutas es positiva. Hemos visto evoluciones globales positivas en muchos pacientes y se han podido manejar las situaciones que anticipábamos complejas como conjugar las diferencias individuales y la aproximación al trauma. Hemos de aprender a lo largo de la experiencia pero nuestra impresión es que se trata de un modelo válido para el abordaje de estos casos.

Procesamiento de la 2ª parte: lo primero que nos preguntamos es sobre la razón de la irregularidad en la asistencia a las sesiones de esta segunda parte, pues los 12 participantes de la primera parte aceptaron continuar. Queda solo la mitad del grupo, y estos 6 participantes no asisten a todas las sesiones. Podría guardar relación con el hecho de que la pausa fue demasiado larga (3 meses), con cambios en las circunstancias vitales de los pacientes, con el déficit en autocuidado y adherencia al tratamiento característico de este tipo de pacientes...

Los participantes que continuaron argumentaban la mejoría experimentada, siempre con oscilaciones, pero suficiente para confiar en seguir obteniendo beneficio.

En esta segunda parte se profundizó más en trabajos psicodramáticos individuales, sin dejar de atender a la dinámica grupal. Los propios miembros del grupo mostraban inclinación a adentrarse en sus historias y cierta resistencia al trabajo sociodramático (las propuestas colectivas les parecían insuficientes, les generaban fatiga...), aunque este produjo ciertos vínculos por identificación con efectos terapéuticos en algunos miembros. Las sesiones centradas en protagonista tuvieron efectos positivos sobre la evolución posterior inmediata, sobre todo en la línea de una mayor autoafirmación, aunque no estuvieron exentas de complicaciones que ponen de manifiesto la inestabilidad en el mantenimiento de los logros en vidas tan

impredicibles y personalidades tan frágiles. Profundizar en las heridas individuales efectivamente removía a todo el grupo, que requería un trabajo posterior de elaboración de la vivencia experimentada vicariamente (en espejo). Tal vez este efecto ejerció su influencia en determinadas ausencias, aunque fueran justificadas con otros argumentos.

Varios pacientes inabordables antes de la experiencia grupal empezaron a sacar más provecho en la psicoterapia individual. Parece reforzarse la idea de que estos cuadros precisan de ambos abordajes paralelos.

No podemos pasar por alto la peculiaridad de haber celebrado la última sesión con una sola paciente.

Grupo Trauma 2, 2011

Material y Método: Protocolo de recogida de datos (v. 2010), Batería de Tests, Registros de Sesiones, Tareas (escritos* y dibujos) de los participantes, Observaciones del Equipo, Análisis y Procesamientos.

*Notas sobre “EL PASADO”, “LO QUE NO ME ATREVÍ A DECIR”, “LO QUE QUIERO GUARDAR PARA LA PRÓXIMA SESIÓN”.

SESIÓN N° 1 17 Febrero 2011 09:30 a 11:30 h.: Presentación, evaluaciones, contrato grupal, sociometría, ejercicios de espacio y contacto, creación de vínculos.

SESIÓN N° 2 3 Marzo 2011 09:30 a 11:30 h.: Integración grupal, espacio propio, dibujo proyectivo de la situación/historia personal, contención emocional.

SESIÓN N° 3 17 Marzo 2011 09:30 a 11:30 h.: Historias personales, tratamientos, psicoeducación, sillas pasado/presente/futuro, manejo de emociones.

SESIÓN N° 4 31 Marzo 2011 09:30 a 11:30 h.: Escritos de reflexión sobre el trabajo con las sillas, el pasado en el presente, desarrollo de roles alternativos, psicodrama sobre escena de pareja en riesgo de separación (escultura, soliloquio, cambio de roles, doble, espejo, multiplicación dramática).

SESIÓN N° 5 14 ABRIL 2011 09:30 a 11:30 h.: Manejo adaptativo de la agresividad y otras emociones consideradas negativas (ira, culpa, rencor...), transferencia y tele, sociodrama con la escena de una protagonista resistente (cambio de roles, doble).

SESIÓN N° 6 28 ABRIL 2011 09:30 a 11:30 h.: Cohesión grupal, profundizan en las historias personales, control del histrionismo y el victimismo, límites y regulación emocional, feedback sobre progresos.

SESIÓN N° 7 12 MAYO 2011 09:30 a 11:30 h.: Balance de las 6 primeras sesiones, planificación del trabajo pendiente (revisión de escenas a revisar y entrenamiento de habilidades a desarrollar), psicodrama con el submundo fantasmagórico de una protagonista (escultura, soliloquio, cambio de roles, doble), fantasía/realidad, relación madre-hija, dependencia/emancipación.

SESIÓN N° 8 26 MAYO 2011 09:30 a 11:30 h.: psicodrama sobre relación de pareja en crisis (escultura, soliloquio, cambio de roles), secuelas traumáticas, crisis disociativa, control de impulsos/conductas autolíticas, contención física y emocional, maltratos, reviviscencia.

SESIÓN N° 9 9 JUNIO 2011 09:30 a 11:30 h.: Posición depresiva, identificación, psicodrama sobre el aislamiento del protagonista (escultura, soliloquio, cambio de roles, manejo del espacio, lectura del cuerpo), desarrollo de habilidades sociales y asertividad.

SESIÓN N° 10 23 JUNIO 2011 09:30 a 11:30 h.: Evolución personal y grupal, recreación de la historia traumática con nuevas narrativas (escritura), cuento grupal, dramatización de la nueva historia, desbordamiento, contención de histrionismo, límites, reformulación, connotación positiva, alternativas de manejo con apoyo grupal, proyección hacia el futuro, role-playing para entrenamiento de escena conyugal de separación (cambio de roles, soliloquio), utilización de recursos y apoyos, desbloquear corazas.

SESIÓN N° 11 7 JULIO 2011 09:30 a 11:30 h.: Evolución personal (avances de los protagonistas), psicodrama sobre el bloqueo de una protagonista en situación de maltratos y abusos (sillas vacías pasado/presente/futuro, escultura, soliloquio, cambio de roles, doble, espejo, trabajo corporal), roles y escenas encadenados (repetición de historias), desarrollo de nuevos roles alternativos, liberación, independencia, atención a las propias necesidades, manejo de la dependencia grupal (límite de sesiones, estructuración, transferencia de aprendizaje), cierre de historias personales.

SESIÓN N° 12 21 JULIO 2011 09:30 a 11:30 h.: Valoración de la experiencia grupal, balance de logros, identificación de cambios experimentados tras los trabajos escénicos (protagonistas y vicarios), comentar aspectos negativos para reajustes, intercambios (lo que se llevan unos de otros), feedback (espejos recíprocos y del

equipo), identificación de necesidades pendientes, información sobre dispositivos/servicios disponibles, despedidas, escultura grupal de inicio y cierre.

Procesamiento: los pacientes de este grupo profundizaron más en sus dificultades, con reacciones de mayor intensidad emocional. Las sesiones se distribuyen en: 1) manejo de la sociometría y creación de vínculos, 2) psicodramas con protagonista (se intentó dar la oportunidad a todos los participantes), 3) balance y cierre. Los resultados (ver Anexos) mejoran sensiblemente con respecto al grupo anterior.

Progresivamente facilitamos a los participantes sesiones individuales, de pareja y de familia en el hospital, más que en las USM, mientras dura el proceso grupal. Parece que la continuidad del vínculo terapéutico es un factor a considerar en la evolución, aunque está por controlar el curso de estos pacientes en la USM una vez que son nuevamente remitidos a sus terapeutas de referencia.

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En los Anexos presentamos los datos básicos y clínicos de la muestra, además de la Escala de Salud General (ESG), las Encuestas de Resultado y Relación (instrumentos incluidos en nuestro protocolo) y las Guías para el Registro/Procesamiento de las sesiones y Valoración del Proceso (individual y grupal). Se incluyen datos de 6 pacientes tratados individualmente por un psicodramatista del equipo investigador. Hay datos de cada grupo por separado y de los dos grupos más los pacientes individuales tomados conjuntamente. Aparecen los resultados de los cambios pre/post – tratamiento y la evolución de los pacientes a lo largo de las sesiones. Se tienen en cuenta valoraciones sobre resultados (percepción de bienestar/malestar, funcionalidad) en las distintas esferas de relación y actividad de los pacientes (individual, familiar, social), la percepción/perspectiva sobre el problema, el logro de objetivos, y la mejoría percibida, realizadas desde el punto de vista de los pacientes, familiares, el grupo y el equipo terapéutico. Estos son nuestros indicadores de efectividad. Tenemos en marcha el procesamiento técnico (cualitativo) del registro de las sesiones.

En comparación con el primer grupo, donde no aparecen diferencias significativas pre/post tratamiento/seguimiento en ninguno de los ítems de la ESG (el más cercano a la significación estadística es el que se refiere a las relaciones interpersonales), en el análisis conjunto (los 2 grupos más los pacientes individuales), dicha variable y la puntuación global alcanzan la significación. Los resultados mejoran sensiblemente en el segundo grupo, donde aparecen diferencias significativas en los ítems de la ESG referidos a funcionalidad, relaciones interpersonales, percepción del problema, alteraciones del sueño y puntuación global. En cuanto a la consecución de objetivos y mejoría percibida, se mantienen en el primer grupo los datos de final de tratamiento en el control de seguimiento; en el segundo grupo aumenta el número de pacientes

que hablan en pasado de su problema; en los dos grupos la mayoría percibe un logro parcial de objetivos, pero en el segundo grupo la percepción de mejoría es mayor.

En cuanto a la evolución a lo largo de las sesiones, mejora progresivamente la percepción de resultados en las diferentes esferas de la vida (individual, familiar, social), apareciendo un pico en torno a la mitad del proceso grupal (5ª sesión) que, con oscilaciones en las siguientes sesiones, tiende a mantenerse o incrementarse hacia el final. La relación con el terapeuta, el enfoque/método y las metas presenta las mejores valoraciones en torno a la cuarta sesión y sufre oscilaciones con tendencia a estabilizarse en un nivel similar al de la primera sesión o ligeramente superior al final del proceso. La percepción de mejoría por parte del paciente, la familia, el grupo y el equipo terapéutico parece coincidir en mejores valoraciones hacia la mitad y al final del proceso.

Para la interpretación de estos resultados, cabe señalar que la 4ª sesión fue tal vez la más (ortodoxamente) psicodramática. Se trabajó un problema de pareja con la estructura clásica de la sesión de psicodrama y las técnicas psicodramáticas clásicas básicas, produciendo un intenso y significativo eco grupal (catarsis de integración). También hay que considerar que las puntuaciones sobre "Relación" (con el terapeuta, el enfoque/método y las metas) parten de un nivel alto (entre 6,5 y 8,5 en una escala de 10) desde la primera sesión. Consideramos estos datos sugerentes en relación al efecto documentado de la confianza depositada por el paciente sobre el método y el psicoterapeuta.

BIBLIOGRAFÍA

- Anguera, M.T. (2010). Posibilidades y relevancia de la observación sistemática por el profesional de la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 122-130
<http://www.cop.es/papeles>
- Filgueira Bouza, M.S., Rodríguez Otero, J.E., García Fernández, J., Lacruz Pardo, M.F., Pintos de Cea-Naharro, J.L., Rey Pousada, R., Rodríguez-Arias Palomo, J.L. y Rodríguez Marticorena, J. (2009). Psicoterapias: Análisis de Procesos y Resultados. *Revista Oficial da Sección de Psicoloxía Clínica*, Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia. Anuario nº 3.
- Ponencia presentada en el Iº Congreso Galego de Psicoloxía Clínica: “*A Psicoloxía Clínica da Galicia do Futuro*”. Sección de Psicoloxía Clínica do Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia. Vigo 28 a 30 de Maio de 2009.
http://www.copgalicia.es/pdf/Anuario_de_Psicoloxia_Clinica_3.pdf
- Artículo-resumen en:
<http://www.depsicoterapias.com/site/articulo.asp?IdSeccion=13&IdArticulo=517> 12/1/2009
- Filgueira Bouza, M.S., Bermúdez Míguez, S., Lago Pérez, A.L., Vázquez Rodríguez, B. (en imprenta). Más Allá de las Conversaciones Terapéuticas: cambios de narrativa con terapia sistémica y psicodrama. Abusos, Trauma, Disociación y Duelo. *Revista Oficial da Sección de Psicoloxía Clínica*, Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia. Anuario nº 6.
- Filgueira Bouza, M.S., González Vázquez, A.I., Calvo Leira, M.P., Bermúdez Míguez, S., Pérez Ramírez, L. y Ramallo Machín, A. (en imprenta). Psicodrama con pacientes de trauma complejo y disociación: investigación cualitativa en psicoterapia. *Revista Oficial da Sección de Psicoloxía Clínica*, Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia. Anuario nº 6.
- González Vázquez, A. (2010). *Trastornos Disociativos*. Madrid. Pleyades.
- Guías clínicas de la ISSTD (2000): Libre acceso en www.isst-d.org
- Herman, J (2000). *Trauma y Recuperación*. Madrid. Espasa.
- Kellerman, P.F. (2000). The therapeutic aspects of Psychodrama with traumatized people. En: P.F. Kellerman y M.K. Hudgins. *Psychodrama with Trauma Survivors*. London and Philadelphia. Jessica Kingsley Publishers.
- López, J.S., Blanco, F., Scandroglio, B., Rasskin Gutman, I. (2010). Una aproximación a las prácticas cualitativas en psicología desde una perspectiva integradora. *Papeles del Colegio*, 31(1), 131-142 <http://www.cop.es/papeles>
- Rodríguez Morejón, A. (2004 Ene-Abr). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Colegio*, 25(87), 45-55.
- Van der Hart, O; Steel, K; y Nijenhuis, E. (2007). *El yo atormentado*. Bilbao. Descleé de Brouwer.
- Van der Kolk, B., Roth, S., Pelcovitz D., Sunday, S. y Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Traumatic Stress* 18: 389-399.

ANALISIS TRANSCULTURAL DEL CALDEAMIENTO Y DEL MOMENTO O DE COMO NOS CALDEAMOS EN DIVERSOS TIEMPOS Y ESPACIOS

Autor: Pablo Población Knappe, M.D.

Director del Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama (I.T.G.P.)

RESUMEN

Se recuerda que el Psicodrama ha significado un salto epistemológico desde que, a partir de los años 20/30 introduce los conceptos interrelacionales y grupales en una comprensión bio-psico-social del hombre y propone las técnicas activas en la terapia.

El autor se centra en el concepto de MOMENTO como tiempo no cronológico o espacio-tiempo emocional en el que transcurren los procesos de cambio. Se ofrece una visión de como este MOMENTO puede detectarse como una dimensión nuclear en las estrategias de cambio de los ceremoniales mágicos, rituales religiosos de iniciación y modelos terapéuticos modernos.

El psicodrama, que resalta, privilegia y estudia este proceso ofrece una comprensión del mismo como una eslabon nodal compartida por la magia, la ciencia y la religión. Por ello puede ser tomado como paradigma de las psicoterapias del futuro inmediato, que deben ofrecer una mayor flexibilidad, integración de antiguas y nuevas opciones y recursos para los retos de una psiquiatría que trae nuevos problemas.

Palabras clave

Psicodrama

Momento

Magia

Caldeamiento

Psicoterapia

ANALISIS TRANSCULTURAL DEL CALDEAMIENTO Y DEL MOMENTO O DE COMO NOS CALDEAMOS EN DIVERSOS TIEMPOS Y ESPACIOS

Acaba de finalizar una dramatización. Ha habido un clima de gran intensidad dramática. El protagonista -quizás también los yo-auxiliares y el terapeuta- mira desconcertado a su alrededor, parece venir de otro mundo, logra pronunciar algo así: "He estado mucho tiempo?" o "No estaba aquí". Tiempo y espacio vividos ajenos a este tiempo y espacio profano de la cotidianidad. Aterriza desde ese otro espacio tiempo en el que han ocurrido cosas. Cosas trascendentales para él, quizás también para sus acompañantes. Como en un rito mágico ha penetrado en lo desconocido, ha encontrado sus ángeles y diablos, ha batallado, jugado, reído, amado, luchado con ellos y ha surgido, tambaleo maravilloso, cambiado.

Todo ello ha transcurrido en un lapso de tiempo? si... y no, pasó en un MOMENTO. MOMENTO tal como lo concibe J.L. Moreno dentro de las coordenadas del Psicodrama.

Este artículo es una reflexión sobre éste tema. Un intento de comprender el MOMENTO desde múltiples puntos de vista. Sabemos que este es un proceso de preparación, de ayuda al sujeto para aislarle del mundo que le rodea y penetrar en su mundo personal, de salir de los contextos social y grupal y sumergirse en el contexto dramático.

Ese MOMENTO mágico será el núcleo de esta comunicación. Pero hace falta abrir el camino para llegar a lo que nos interesa.

Tengo ya una larga experiencia en que hablar sobre la obra de Jacob Levy Moreno entre profanos del psicodrama produce una cierta sorpresa cuando no extrañeza.

Y es que los conceptos psicodramáticos y sociométricos de Moreno que dieron lugar a que R. Sarró hablara de la Tercera Revolución Psiquiátrica irrumpieron de un modo tan nuevo y revolucionario en el mundo de la sociología, la psicología y la psiquiatría que solo en los últimos tiempos, a 70 años vista de su enunciado básico, están pudiendo ser asimilados al descubrirse su isomorfismo con las construcciones sistémicas y constructivistas. Y aceptando y utilizando su riquísimo instrumental técnico.

Creo que estoy obligado a intentar justificar esta apología realizada de entrada. Antes de adentrarme en más profundidades quiero facilitar una información poco conocida³: Moreno⁴ creó el concepto y forjó el término Psicoterapia de Grupo en 1932 y creó el concepto de Terapia interpersonal o del sistema (pareja, familia u otros

³ Esta comunicación estaba dirigida a un público de terapeutas que no eran todos psicodramatistas lo que justifica la inclusión de estas y otras anotaciones.

⁴ Moreno, J. L. Psicoterapia de Grupo y Psicodrama. Fondo de Cultura Económica. Méjico, 1966.

grupos) en 1937. Recuerdo que Von Bertalanffy⁵ publica su Teoría General de los Sistemas en 1967 y su primer anuncio en 1945.

Pero voy a tratar de argumentar por qué puede hablarse junto con Ramón Sarro⁶ de una Tercera Revolución de la psiquiatría con respecto a la obra de Moreno.

Si nos situamos en los años 20/30 de nuestro siglo XX, los modelos antropológicos y las técnicas terapéuticas más en boga entonces, en especial el psicoanálisis freudiano, el análisis psicológico jungiano y, en menor medida, el análisis adleriano, consideramos que se encuadraban dentro de una epistemología lineal. Todos los modelos analíticos surgen:

1. de un modelo médico de tratamiento, en que el terapeuta es el poseedor del saber y el "curador" desde su sabiduría.
2. se entiende al hombre como individuo y el foco de atención se sitúa en los contenidos intrapsíquicos.
3. El vehículo de la terapia es la palabra con lo cual la narrativa es lineal, bidimensional.

El Psicodrama, utilizando aquí el término de un modo amplio y genérico, trae:

1. Un modelo de tratamiento fundado en el aprendizaje vital, es decir, un modelo de juego; del serio y divertido juego de aprender y reaprender a vivir.
2. Sin olvidar lo intrapsíquico como nacido de lo relacional: "El hombre nace en una placenta social" nos dice Moreno, se atiende a lo relacional, al hombre como elemento de grupos o sistemas naturales y artificiales, todos en relación a su vez. Se trata de la primera concepción moderna claramente bio-psico-social. Los focos de atención son la dinámica relacional y la dialéctica mundo interno-mundo externo.
3. El vehículo terapéutico es la dramatización (Drama = acción), es la puesta en juego del hombre total con la instrumentación terapéutica de todos los medios activos de comunicación, de los cuales la palabra es solo una parte. La narrativa de la terapia se hace tridimensional.

Como consecuencia en la práctica de este salto epistemológico surgen una serie de dificultades: ser una terapia más compleja en su manejo, quizás sea la más relevante, y una serie de ventajas: es más profunda que las verbales porque implicando al cuerpo moviliza, inevitablemente, los contenidos preverbales y es más extensa porque a través del juego como vía terapéutica pueden beneficiarse sujetos con dificultades para el análisis verbal, sea por su edad (niños y ancianos), sea por ser menor su dotación intelectual, o sea por diversos handicaps para la aplicación de otros modelos terapéuticos.

⁵ Bertalanffy, L. Von Teoría General de los Sistemas. Fondo de Cultura Económica. Madrid, 1976.

⁶ Sarró, R. en Introducción al Psicodrama de A. A. Schutzenberger. Ed. Aguilar. Madrid, 1970.

Creía necesario mostrar este marco general del Psicodrama para ahora poder centrarme en lo que quiero sea el núcleo de mi exposición. Lo voy a enunciar como: El Psicodrama aparece como paradigma de las psicoterapias y como eslabón entre las vías curativas mágicas y religiosas y lo que - por ahora - consideramos ciencia de curar o de ayudar.

Como veíamos antes podemos contemplar dos modelos básicos en cuanto a la posición psicoterapéutica: el que privilegia la palabra y el que privilegia el juego vital. Algunos autores remiten el primero a los primitivos mitos y rituales apolíneos y los segundos a los mitos y rituales dionisiacos. De un modo quizás demasiado esquemático y por tanto injusto podríamos decir que en el primer grupo podríamos incluir las terapias cognitivas y algunos modelos analíticos, y al segundo, los grupos de encuentro corporal tipo Schutz y los happenings. También podemos encontrar un paralelismo de ambos modelos con la clasificación que hace Atienza⁷ de las tendencias religiosas o modos de enfrentar la trascendencia y por tanto vías de curar el espíritu: religiones solares con divinidades justicieras, de leyes invariables y rígidas, con un sacerdocio representante e intermediario entre la feligresía y el dios y con dominio sobre aquella, con deidades o héroes "portadores del fuego, del hierro y de la fuerza" como Herakles y Apolo. El segundo grupo es el de las religiones telúricas, con "divinidades amorosas, generadoras y defensores a ultranza de la vida", como Dionisos, Orfeo o Krishnas; estas religiones, "nacidas de la entraña popular" prescindieron de intermediarios (sacerdotes) con el modelo divino, por lo que éstas son más bien maestros que ayudarán al pueblo a conocer los secretos de la naturaleza y la vida.

Moreno, desde su pertenencia a la secta jasidista considera que el hombre tiene un potencial creador y que puede ser el protagonista de sus cambios quedando el terapeuta como un maestro o incluso como un instrumento más en la cocreación de ese cambio. Si sumamos que la vía de privilegio para el ritual terapéutico es la acción parece que podemos situar el psicodrama más próximo a los rituales dionisiacos que a los apolíneos y a los modelos telúricos que a los solares. Esto quiere decir que la terapia no se va a centrar en lo que se le hace o dice al sujeto sufriente desde un conocimiento superior sino desde la procura de creación de un espacio sanador o matriz terapéutica - que puede limitarse al creado por el sujeto y terapeuta o implicar a la familia o a un grupo - en cuyo espacio se forjan entre todos los presentes las condiciones idóneas para jugar el proceso de cambio. Desde este planteamiento el psicodrama se sitúa entre los extremos dionisiaco y apolíneo, compartiendo ambas posiciones. Hemos usado hace un instante la palabra juego desde su concepción más biológica, como cuando el etólogo Eibl-Eibesfeldt⁸ lo considera la vía por la que el animal explora su relación con el entorno, y aprende a

⁷ Atienza, Juan G. Nuestra señora de Lucifer. Los Misterios de culto a la Madre de Dios. Ed. Martínez Roca, S. A. Barcelona, 1991.

⁸ Eibl-Eibesfeldt, I. Etología. Ed. Omega. Barcelona, 1979.

valorar las posibilidades de sus propias habilidades. Se trata de un diálogo interactivo con el entorno a través del cual pone en crisis lo conocido y accede a nuevas pautas de relación.

En el psicodrama el juego dramático se constituye como el proceso de privilegio para explorar, desaprender y aprender.

El motor o impulso natural para el juego en los animales y el hombre es la curiosidad, el impulso para entrar en juego terapéutico es el caldeamiento.

El caldeamiento es un proceso de estimulación activa, de preparación, de ayuda al sujeto para que pueda aislarse del mundo que le rodea y penetrar en un mundo personal, de salir del contexto social y sumergirse en el contexto dramático. En este proceso surge un mayor monto de espontaneidad que promueve la creatividad que conduce al cambio. Lo que provoca el caldeamiento es la creación de un estado de conciencia durante y en un espacio- tiempo emocional, en el que es posible, al haber salido del tiempo cronológico con sus reglas aprendidas y repetitivas, la recreación personal, la muerte y renacimiento que son precisos para todo cambio significativo. Este "tiempo emocional" lo denomina Moreno⁹ MOMENTO.

En este "momento" desaparecen el arriba/abajo, el atrás/adelante, se fracturan las coordenadas por las que se mueve el sujeto. Se origina un caos primigenio en el que se rompe la homeostasis del sistema que cae en el desequilibrio, en una cierta desestructuración que permite la entrada de nueva información y la consecuente reestructuración en un nuevo equilibrio más flexible y adecuado.

Como en todo proceso de cambio significativo (el cambio 2 de la escuela de Palo Alto¹⁰) se ha pasado por una muerte y un renacimiento simbólicos. Tal como ocurre en los procesos iniciáticos y en otros vehículos que en cualquier cultura persiguen el crecimiento, el cambio o la curación.

Antes de seguir adelante quisiera resaltar que este proceso de destrucción y reconstrucción que referimos que ocurre en el psicodrama se remite al mundo interno del paciente/s, ya que en lo externo aparece como un proceso de juego dramático en que en ningún momento se da el acting impulsivo o patológico, sino que está conducido y contenido con las estrategias e instrumentos técnicos del psicodrama.

Antes de esta aclaración introducíamos la idea de que todo proceso de cambio tanto de los rituales mágicos de los que llamamos pueblos primitivos como de cualquiera de las psicoterapias modernas que llamamos científicas, se da a través de la creación de lo que en psicodrama denominamos momento. Insisto en que se trata de un tiempo emocional, de un estado emocional diferente al habitual, lo que algunos

⁹ Moreno, J. L. Psicodrama. Ed. Hormé. Buenos Aires, 1972.

¹⁰ Watzlawick, P.; Weakland, J. H. y Fisch, R. Cambio. Ed. Herder. Barcelona, 1976.

llaman un estado alterado de conciencia. Por ello, en cuanto el psicodrama ha sido pionero en la investigación de este factor del proceso terapéutico, ha creado instrumentos para provocarlo y ha situado claramente en él el espacio-tiempo preciso para el cambio es por lo que nos atrevemos a considerarlo el paradigma de los diversos modelos psicoterapéuticos.

Ahora ya podemos ver como se crea este estado que llamamos MOMENTO en otros modelos mágicos, religiosos y científicos.

Una posibilidad es comenzar por las prácticas de los que solemos denominar pueblos primitivos, concretamente con las prácticas mágicas de los brujos - curanderos.

Malinowsky¹¹ resume en tres puntos los elementos de la magia o del acto mágico:

1. un esfuerzo fonético
2. el uso de palabras que formulan y ordenan el deseado propósito;
3. referencias de los antepasados y héroes.

Describe desde sus trabajos de campo cómo el hechicero muestra "una intensa expresión de cólera y odio", que convierte el acto mágico en "un acto de vehemencia". El autor se muestra convencido de que "la expresión dramática de la emoción es la esencia de tal acto", "el estado emotivo del celebrante" y que exige desarrollarse mimicamente, mediante gestos, danzas, movimientos convulsivos, etc. Toda esta puesta en escena, este "ceremonial y su finalidad son una misma cosa", es decir "el fin se realiza en la mismísima consumación del acto". En otras palabras, es el estado emocional y de conciencia provocados por la acción del hechicero de temor, confusión, desconcierto, el locus del cambio buscado (sea biológico, psicológico o social), y el mismo proceso de cambio. La llamada a antepasados y héroes míticos va a aportar o mejor movilizar un material de modos potenciales de obrar. Se abre la mente para que "el sujeto tome posesión de roles insospechados que viven en él como posibles" (Moreno¹²).

Encontramos, pues, los siguientes pasos: un celebrante que se caldea y caldea al sujeto paciente, de tal modo que están "fuera de sí", en este estado caótico se provoca un cambio mediante la recuperación de nuevos modos de ser, de existir, de relacionarse con su cuerpo, su si mismo, su gente y su sociedad. Como COLLOMB y PRENEUF¹³ describen para el caso de un ritual especialmente sofisticado como es el N'Doep de los Lebon y los Wolof del Senegal: *"el N'Doep ensancha el campo fenoménico del sujeto, desestructura la relación limitada que mantenía el sujeto*

¹¹ Malinowsky, B. Magia, Ciencia, Religión. Ed. Ariel. Barcelona, 1974.

¹² Moreno, J. L. Las Bases de la Psicoterapia. Ed. Hormé. Buenos Aires, 1967.

¹³ Collomb, A. y Preneuf, Ch. de N'Doep et psychodrame. Bull. de Psychologie de l'Université de Paris. N285. (1969, 1970).

consigo mismo y con su linaje", "rompe las estatuas esterilizantes del espíritu y excava en su lugar un espacio vacío favorable al ensayo de relaciones nuevas".

Siguiendo en el ámbito de las culturas primitivas nos podemos detener en un ritual que se repite prácticamente en todos los pueblos de todos los continentes, me refiero a los ritos iniciáticos con su trasfondo de proceso de muerte y renacimiento. No me voy a detener en mostrar el claro paralelismo de nuestros ritos "civilizados", de como los sacramentos de la confesión y comunión por ejemplo contienen el mito eterno de la muerte y la resurrección. Volvamos a los amplios espacios del tercer mundo y contemplemos con M. ELIADE¹⁴ la base de tales ritos iniciáticos.

Lo que busca el rito de iniciación es facultar al adolescente a dar el paso trascendental al estado adulto, lo que significa romper con su status de niño, desprenderse de la madre, dejar su condición biológica y profana y acceder al mundo del adulto, dueño de los conocimientos secretos de su mundo, ligado a sus tradiciones y mitos, como "ser cultural", con una condición sacra que le constituye de un modo ontológico nuevo. Para ello debe "morir" en lo que ha sido hasta ahora. Esta "muerte es una iniciación, una introducción en el nuevo modo de ser. Como se sabe toda iniciación consiste esencialmente en una muerte simbólica seguida por un renacimiento o resurrección", "la muerte cambia el status ontológico del hombre". Pero para lograrlo "se debe efectuar un conjunto de actos rituales con el objeto de "crear la nueva identidad del difunto".¹⁵

La muerte, así entendida como destrucción o desestructuración de lo que ha sido el modo y status del ser del sujeto, "se convierte en el modelo paradigmático de todos los cambios significativos de la vida humana".

En el modo de actuar y en la esencia del proceso volvemos a encontrarnos lo que ya conocemos: el/los oficiante/s, curanderos, brujos, ancianos sabios, etc. van a apartar a los neófitos de su medio habitual; una vez allí, lejos de su espacio familiar, comenzaran los relatos terribles, en la oscuridad se oirán gritos, alaridos de seres amenazadores, se añade el lamento oscuro y vibrante de la bramadera. Los novicios, en un lugar desconocido y hostil, en la oscuridad, hambrientos, desnudos... están aterrorizados, sobrecogidos, en un estado emocional límite donde ninguno de sus aprendizajes previos es de utilidad para debatirse en aquel entorno que parece traer la destrucción inmediata en cualquier instante. Pasa un día, dos o más y los sacerdotes van a desvelarle los secretos que constituyen la esencia de su nueva condición, de su cambio a hombres. La infinita variedad de intervenciones en los diversos pueblos, como la flagelación, la circuncisión, etc. no cambia la secuencia de nuestro proceso básico: caldeamiento, creación de un estado mental diferente, un

¹⁴ Eliade, M. *Ocultismo, brujería y modas culturales*. Ed. Mary Mar. Buenos Aires, 1977.

¹⁵ El subrayado es mío.

verdadero "estado alterado de conciencia (ASCs)" (TART¹⁶), que implica una desestructuración de lo existente, y la posibilidad de reorganizar ésta situación caótica en unas nuevas coordenadas del ser y de su relación con el mundo, y aportación de nueva información. Solo es posible plasmar esta impronta modificadora del ser a través del estado mental creado, a través del "trance" . Durante éste "trance" se produce un proceso, en el que el novicio, como precisa M. Eliade, no es realmente un "muerto" ni un "recién nacido", sino "un ser que está naciendo" (equivale al proceso de status nascendi en psicodrama) y que persigue "una mutación ontológica del régimen existencial", es decir un cambio cualitativo del sujeto.

Desde estos ritos iniciáticos podríamos hacer una incursión en otras culturas primitivas, como son aquellas que conocemos como origen de nuestra historia. Nos referimos a los ritos órficos y otros que pertenecen más directamente a la tradición de nuestros propios pueblos. Pero de ellos ya se han ocupado muchos psicodramatistas y preferimos eludir la repetición.

Menos conocidas son las culturas orientales. Nos limitaremos a hacer referencia al sufismo y a la filosofía zen.

En el sufismo, núcleo de la doctrina del Islam, nos encontramos una vez más con conceptos y prácticas muy próximas, si no isomórficas, con las que venimos manejando. En principio debemos detenernos en dos términos, gabd (contracción) y bast (expansión). El gabd incluye una serie de maniobras, desde el retiro al ayuno y muchas otras, tendentes a la producción del bast, entendido como conocimiento o encuentro de otro nivel y plenamente expresada en estos versos del Sustari:

*Tras la extinción, he surgido, soy yo
Ahora eterno, pero no yo,
Aunque ¿Quién soy, oh Yo, sino Yo?*

es decir "Habiéndome dejado a mí mismo fuera, he entrado y no he encontrado más que a mí mismo" (Lings¹⁷).

Una de las vías para llegar a éste encuentro desvelador de una nueva verdad del ser son las prácticas "expansivas" donde se cantan letanías y, a veces, tiene lugar una danza sagrada que constituye "un bast particularmente amplio" (Lings, op. cit.) "rito de centralización capaz de proporcionar un saber anticipado del Centro perdido y, consecuentemente, de una dimensión perdida de profundidad y de elevación". Estas danzas son practicadas por los "derviches danzarines" que "para provocar la pérdida de la conciencia unen a éstas prácticas la música, la danza" e incluso "mutilaciones sangrientas" "vinculándose entonces con los ritos primitivos, los ritos

¹⁶ Tart, Ch. Estados de conciencia y ciencia de los estados específicos en MAS ALLÁ DEL EGO, Maslow y otros, Kairos, Barcelona 1982.

¹⁷ Lings, M. ¿Qué es el sufismo?. Taurus, Madrid 1981.

colectivos de éxtasis" (Riviere)¹⁸. De ésta misma obra entresacamos las siguientes líneas, donde se describe de un modo dramático uno de estos ritos:

"Dermenghem cita en su obra (pág. 64 y sigts.) una carta de un joven marroquí que describe el dzikr de los derqawa de Fez: su lectura presenta la misma atmósfera dramática que los medios hindúes de las orillas del Ganges o de los Templos del sur de la India: "Veo todavía al zawia a quien frecuentaba en una callejuela de El Biida, muy aislada y tranquila. Iba todos los viernes hacia las cuatro de la tarde. Los faquires llegaban uno tras otro, dejaban sus babuchas en un rincón, y luego, adelantándose lentamente y sin ruido, se quitaban la capucha, estrechaban las manos de sus hermanos en cierta forma y se arrodillaban.

"Cuando el número de faquires es bastante importante, el moggadem toma la Risala d'al Qocqayri (el libro madre como se llama)... y lee con voz muy suave algunos pasajes comentándolos... se forma un círculo y el dzikr improvisa sobre el soporte de un hermoso canto... Los asistentes hacen un movimiento de vaivén, acompañando el canto y repitiendo La ilaha illa Allah. Las mejillas se colorean, unos cierran los ojos, otros los abren de par en par. El ritmo se acentúa: se levantan de golpe y La ilaha illa Allah se reduce sólo a Llah.

"Estamos de pie. Ahora se escuchan versos de Ibn al Faridh. Los faquires se excitan, empiezan a danzar... Houwa, Houwa (¡É! ¡É!) desgarradores surgen de todas partes. No es raro ver a un mussami (cantor), invadido por el hálito místico, declamar un verso de Ibn al Faridh y, presa del hal, echarse a bailar. Los faquires sentados fuera del círculo y que no danzan por una razón cualquiera, acompañan con movimientos moderados la cadencia del dzirk; muy a menudo, penetrados del sentido de un verso, saltan precipitadamente y con una exclamación de gozo se mezclan a la danza.

"La excitación aumenta, están cubiertos de sudor, los turbantes se sueltan, las cabezas se echan atrás y los ojos extraviados fijan el cielo cegados por la visión de una luz inefable... Cosa difícil que digo, imposible de explicar... La Khamriya de Ibn al Faridh ha embriagado las almas. Houwa, Houwa... El aliento se hace más fuerte y precipitado. Todo esto ocurre en perfecto orden y perfectamente ritmado. El moqaddem u otro verdadero faquir, en medio del círculo, dirige al dzikr... ¡É! ¡É! Entonces no se oye sino el aliento del pecho que disminuye cada vez más... La sonrisa embellece todos los rostros.

¹⁸ Riviere, J. M. El Yoga Tántrico. Kier, B. Aires 1962.

*'¡Está en mí! ¡Está en mí! ¡Houwa! ¡Houwa!' Es el fana completo. Ya no se está más... Se es feliz. El alma se siente cada vez más liviana.'*¹⁹

Del sufismo de los mahometanos saltamos al camino del budismo ZEN. Según ésta filosofía en la búsqueda de la unio mystica, el hombre "se libera del estado de existencia-en-el-mundo. Llamase éxtasis (ek-stasis) a ésta forma de salir de sí mismo, de perderse, y de re-encontrarse, de morir y de renacer" (Herrigel²⁰), pero "esa conversión y ese retorno no están librados al azar. Pueden ser preparados, suscitados" a través del trabajo, la respiración, la meditación, los Kôan, etc.

Atención especial creo que merece el uso que se hace de la técnica denominada Kôan, "Los Kôan - nos dice Linssen²¹ - son enunciados de pensamiento paradójicos empleados por los maestros zen para dar un choque psicológico a sus alumnos". Ejemplos de Kôan son: "Si encuentras en la calle a alguien que descubrió la verdad, no se te permite decir algo cuando éste pasa, ni pasar sin decir nada. Entonces di: ¿Cómo vas a hacer?", "El bonzo Shusan, mostrando a los monjes reunidos la vara, dijo: Si la llamáis vara, no es lo propio. Si no la llamáis vara, es falso. Entonces, decid, ¿Cómo la llamaréis". Ante estas preguntas el novicio intenta encontrar la respuesta adecuada, se angustia, se confunde, se da cuenta de que no puede contar con la razón, se agita, se desespera. Súbitamente sale de su confusión "El momento es conmovedor. Un temblor, una transpiración abundante lo anuncian. "Es un haz de luz en el espíritu. Cae la venda de sus ojos. Experimenta un sentimiento de liberación" "se produce un salto a una nueva dimensión". Vemos en esta descripción un claro correlato con el proceso catártico entendido como el encuentro de nuevas respuestas desde el MOMENTO inducido por un caldeamiento, aquí logrado a través del Kôan.

Más adelante al hablar de la terapia familiar sistémica retomaremos el uso de la paradoja como técnica similar al Kôan, que se utiliza para salir del atolladero de una situación repetitiva.

La hipnosis en sus diversos grados, desde una sugestión superficial, hasta la provocación de estados hipnoides o la hipnosis profunda, aunque aparece como denominador común de la mayoría de los medios de influir en el ser humano con cualquier fin, incluidas la cura de almas y cuerpos, tomó carta de naturaleza en la ciencia médica desde el mesmerismo, con su justificación "científica" en el magnetismo animal. Haley,²² incluso sostiene que "la mayoría de los enfoques terapéuticos tienen su origen en ese arte". Y ello puede ser cierto ampliando el

¹⁹ Rivière, Jean M. El Yoga Tántrico. Hindú y Tibetano. Ed. Kier. Buenos Aires, 1962. Págs. 32-33.

²⁰ Herrigel, E. El camino del Zen. Ed. Paidós. Barcelona, 1980.

²¹ Limssen, R. Le Zen. Marabout Université. Paris, 1969.

²² Haley, J.: Terapia no convencional. Amorrortu. B. Aires, 1.986.

concepto de hipnosis más allá del procedimiento en el que el hipnólogo dice "relájese" y el sujeto se empieza a "dormir" y entonces se le formulan "sugestiones", hasta llevarlo a un "tipo de comunicación entre la gente" y no al estado de una de ellas. De todos modos Haley vuelve a un concepto más clásico de hipnosis cuando expresa que "la meta de un hipnólogo consiste en modificar la conducta, la respuesta sensorial y la conciencia de otra persona. Una meta subsidiaria es expandir los alcances de su experiencia, proveerla de nuevas maneras de pensar, sentir y comportarse". Pero vamos a quedarnos con dos conceptos: El primero es el referido a un proceso interpersonal ("tipo de comunicación entre la gente") en el curso de la hipnosis, que nos recuerda a Moreno²³: "La catarsis de una persona depende de la catarsis de otra persona. La catarsis tiene que ser interpersonal"; el segundo es (se refiere a la habilidades de Erickson) que se "puede hipnotizar mientras se habla con otro, dar una conferencia e inducir el trance en una persona particular del auditorio...", etc. Es decir, que existen diversas formas de inducir al estado hipnótico, a ese diferente estado de conciencia o, como dice el propio Milton Erickson,²⁴ "el cese del percatamiento consciente", ya que "en la hipnosis uno empieza a usar su percatamiento inconsciente, porque inconscientemente saben tanto o mas de lo que saben conscientemente". No es preciso aclarar que Erickson usa el término "mente inconsciente" en el sentido de estado hipnótico, estado alterado de conciencia, etc., que facilita ciertas modificaciones en la percepción, la memoria, la emoción y por ende la posibilidad de provocar cambios significativos en el sujeto. Como dice Schultz,²⁵ hipnólogo y creador del método de autorrelajación concentrativa o entrenamiento autógeno, "el efecto de la exaltación vivencial dirigida hacia adentro puede dar lugar a un sorprendente incremento de las facultades de los órganos sensoriales, de la memoria y de la percepción intuitiva".

La creación por parte de Erickson de métodos para el empleo de la hipnosis sin la necesidad de recurrir a los métodos clásicos de inducir al trance lo convierten en un instrumento privilegiado para el examen y tratamiento de la interacción humana, pudiendo "promover cambios, en jerarquías y sistemas" psicosociales (Zeig)²⁶. Siguiendo a este autor en su introducción a la obra de Michele Rittnerman sobre "Empleo de la hipnosis en Terapia Familiar", nos encontramos con una serie de enunciados ciertamente importantes, que Zeig considera aportaciones originales de Erickson, aunque a nosotros ya nos suenen como viejos conocidos: la técnica de crear "confusión" en el sujeto, la "búsqueda de la catálisis de una reorganización dentro de la realidad fenoménica del individuo" (que una vez modificado, modifica su contexto), "activar secuencias interrelacionales (¿nuevos roles?) que culminen en la expresión espontánea de nuevas conductas e ideas", el señalamiento de que "durante

²³ Moreno, J. L. Psicodrama. Ed. Hormé. Buenos Aires, 1972.

²⁴ en Un seminario didáctico con Milton H. Erickson de J. K Zeig. Amorrortu. B. Aires, 1.985.

²⁵ Schultz, J. H.: Técnica de la hipnosis. Lib. Vazquez. Ed. B. Aires, 1.959.

²⁶ Zeig, J. K.: Empleo de hipnosis en Terapia Familiar de M. Rittnerman. Amorrortu. B. Aires, 1.988

su período de exploración interna la persona vive un tiempo subjetivo", durante el cual la persona "desconecta en mayor o menor grado su atención de su contexto exterior inmediato. Al hacerlo se incrementa su capacidad de concentrar su atención en realidades psicológicas y psicosociológicas interiores y, de este modo, en su propio potencial individual".

También en los tratamientos de inspiración analítica se persigue, desde el trabajo con la relación transferencial, la creación de un espacio emocional que aparece como el momento adecuado para introducir una interpretación y poder esperar que sea terapéuticamente efectiva.

Como decíamos al principio el foco de nuestra atención ha sido el MOMENTO, como fenómeno que aparece como punto de encuentro en el que ineludiblemente se citan todas las vías que persiguen desde métodos psíquicos el cuidado o la cura del cuerpo, la mente y el espíritu. Magia, religión y ciencia se encuentran en este espacio-tiempo nodal donde se produce el cambio. Aquí podemos recordar las palabras de Moreno: "El antiguo espíritu científico fue la destrucción de la fe mágica y significó pagar por ello una pérdida de espontaneidad y fantasía, y una filosofía de la vida disociada", pero "Crearemos una nueva magia a un nuevo nivel. La propia ciencia será la encargada de conducirnos hacia allí", "El psicodrama mismo es una forma del nuevo mundo mágico" "Esto significa el retorno de los métodos mágicos de las épocas primitivas en una época científica y con las perspectivas abiertas a nuevos objetivos".²⁷

En nuestra propia opinión el paradigma psicodramático aparece situado en esta encrucijada ofreciéndose como la vía de psicoterapia privilegiada para los retos que tendrá que afrontar la psiquiatría del siglo XXI.

²⁷ Moreno, J. L. Psicoterapia de Grupo y Psicodrama. Ed. Fondo de Cultura Económica. Méjico, 1966. Pág. 254-255.

BIBLIOGRAFÍA

- Atienza, J.G. Nuestra Señora de Lucifer. Los Misterios de Culto a la Madre de Dios. Ed. Martínez Roca, S.A. Barcelona, 1991.
- Bertalanffy, L. Von Teoría General de los Sistemas. Ed. Fondo de Cultura Económica. Méjico, 1966.
- Collomb, A. y Preneuf, Ch. De N'Doep et Psychodrame. Bull. de Psychologie de l'Université de Paris. N° 285 (1969, 1970).
- Eibl-Eibesfeldt, I. Etología. Ed. Omega. Barcelona, 1979.
- Eliade, M. Ocultismo, Brujería y Modas Culturales. Ed. Mary Mar. Buenos Aires, 1977.
- Haley, J. Terapia no convencional. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1986.
- Herrigel, E. El camino del Zen. Ed. Paidós. Barcelona, 1980.
- Limssen, R. Le Zen. Marabout Université. Paris, 1969.
- Lings, M. ¿Qué es el Sufismo? Ed. Taurus. Madrid, 1981.
- Malinowsky, B. Magia, Ciencia, Religión. Ed. Ariel. Barcelona, 1974.
- Moreno, J.L. Psicoterapia de Grupo y Psicodrama. Ed. Fondo de Cultura Económica. Méjico, 1966.
- Las Bases de la Psicoterapia. Ed. Hormé. Buenos Aires, 1967.
- Psicodrama. Ed. Hormé. Buenos Aires, 1972.
- Riviere, J.M. El Yoga Tántrico. Hindú y Tibetano. Ed. Kier. Buenos Aires, 1962.
- Sarró, R. Introducción al Psicodrama de A.A. Schutzenberger. Ed. Aguilar. Madrid, 1970.
- Schutz, J.H. Técnica de la Hipnosis. Lib. Vázquez. Ed. Buenos Aires, 1959.
- Tart, Ch. Estados de Conciencia y Ciencia de los Estados Específicos. En Maslow y otros. Más allá del Ego. Ed. Kairos. Barcelona, 1982.
- Watzlawick, P; Weakland, J.H. y Fisch, R. Cambio. Ed. Herder. Barcelona, 1976.
- Zeig, J.K. Un Seminario Didáctico con Milton H. Erickson. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1985. en Ritterman, M. Empleo de la Hipnosis en Terapia Familiar. Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1988.