

APLICACIONES DEL PSICODRAMA EN LA PSICOTERAPIA ACTUAL

David Alberto Campos Vargas¹

RESUMEN

Introducción: El psicodrama en el pasado tuvo buena acogida entre psicoterapeutas y psiquiatras clínicos, pero su uso se ha restringido, debido en parte a conceptos erróneos que los mismos clínicos tienen sobre éste (“es costoso”, “exige mucho tiempo y recursos”, “requiere un teatro para realizarse”, “no es útil en personas con trastornos psicóticos”, etc.). *Objetivo:* Mostrar que el psicodrama es válido, aplicable y útil en un amplio rango de situaciones clínicas, con base en la literatura existente acerca de psicodrama y sus usos clínicos, así como en una serie de casos en los que se han usado con éxito técnicas psicodramáticas en el contexto de un proceso psicoterapéutico. *Métodos:* Búsqueda en Pubmed de artículos relacionados con el tema, además de una revisión narrativa de textos de psicoterapia con énfasis en psicoterapia psicodramática, técnica psicoterapéutica y catarsis. *Resultados:* Este artículo es una revisión de las técnicas psicodramáticas y su utilidad en psicoterapia y una presentación de casos clínicos reales en los que dichas técnicas han contribuido al bienestar de los pacientes y al desarrollo del proceso psicoterapéutico. *Conclusiones:* El psicodrama y sus técnicas están vigentes y son útiles en varios contextos clínicos y psicoterapéuticos.

Palabras clave: psicodrama, psicoterapia, catarsis, espontaneidad, creatividad.

APPLICATIONS OF PSYCHODRAMA ON TODAY'S PSYCHOTHERAPY

ABSTRACT

Introduction: In the past years, Psychodrama was widely accepted by psychotherapists and psychiatrists. But its use has been restricted, partly because misconceptions that they have of it (“It’s expensive”, “it takes time and resources”, “it requires a theater to be done”, “it isn’t useful in people with psychotic disorders”, etc.). *Aim:* Based on existing literature about psychodrama and its clinical applications, as well as a number of cases in which psychodrama techniques have been successfully used in the context of a psychotherapeutic process, the aim of this study is to show that psychodrama is a valid, applicable and useful technique in a wide range of clinical situations. *Methods:* Articles in connection with the study were sought in PubMed, as well as a narrative review of psychotherapy texts emphasizing psychodramatic psychotherapy, psychotherapeutic techniques and catharsis. *Results:* This article is a review

¹ Médico y cirujano, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Diplomado en Neuropsicología, Universidad de Valparaíso, Chile. Diplomado en Neuropsiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile. Residente III año de Psiquiatría General, Pontificia Universidad Javeriana.

of psychodramatic techniques and how useful they may be in psychotherapy, together with a presentation of actual clinical cases in which such techniques have contributed to the patients' wellbeing and the development of the psychotherapeutic process. *Conclusions:* Psychodrama and its techniques are valid and useful tools in various clinical and psychotherapeutic contexts.

Keywords: Psychodrama, psychotherapy, catharsis, spontaneity, creativity.

Introducción

Jacob Moreno fue siempre un psiquiatra orientado a la acción (1,2). Su enfoque, eminentemente pragmático, estaba dirigido, más que al simple autoconocimiento, a resolver el gran problema de la *existencia* (3-5). Y esto por medio de la *espontaneidad*, la *creatividad*, la *empatía*, la *catarsis* y la *introspección* (*insight*) (6,7).

El psicodrama hace del paciente un protagonista que interactúa con otros actores (el psicoterapeuta, otros pacientes, otras personas significativas de su entorno) y aun el mismo auditorio, en busca de encontrar un sentido a su existencia, un rol social y una actitud más flexible frente a personas (reales o imaginarias) y grupos (o sus representantes simbólicos) (8,9).

Tanto en el psicodrama (que se ocupa de los problemas individuales del paciente) como en el sociodrama (que involucra problemas sociales y de grupos), la actuación y el desempeño de roles son fundamentales: en el primero, el paciente reacciona frente a personas que representan los roles de individuos significativos para él, y en el segundo, frente a personas que representan roles de símbolos de grupo (estereotipos). En ambos se busca la catarsis emocional por medio de la acción y la introspección —derivada de la ampliación de los límites del autoconocimiento (provocado por la misma acción/emoción inherente al proceso—), así como por medio de la discusión posterior con el terapeuta (y coterapeutas) y el grupo (otros actores, auditorio) (10-12).

En la terapia de Moreno es clave la espontaneidad (13). La espontaneidad exteriorizada en distintas situaciones es útil para determinar el estado de salud mental de la persona, su competencia social e implicación situacional. Moreno

asume que el grado de espontaneidad de las personas puede intensificarse para: (a) permitir al individuo a liberarse del guión y los clichés de conducta estereotipada y (b) ayudarlo a lograr nuevas dimensiones de personalidad por medio de la ampliación de su capacidad de percibir y responder a nuevas situaciones. Así, por medio de la espontaneidad, la persona se renueva, se libera de ansiedades y otras trabas emocionales y supera las restricciones en sus pensamientos. La espontaneidad rompe los moldes rígidos de la propia personalidad, las cadenas que limitan la psique. Con ello, el cliente logra mayor control de sí mismo (14-16).

Otro concepto importante es el de la *situación*. En la situación psicodramática, las barreras naturales de tiempo y espacio y las situaciones de existencia corporal son obliteradas en la acción: todo lo que ocurre en el escenario ocurre en el presente, aquí y ahora, *in situ*. Por eso en la situación psicodramática no hay pasado ni futuro; los problemas “pasados” y “futuros” cobran vida en el aquí y ahora. Las barreras de la muerte se eliminan también: la persona muerta puede ser incorporada al aquí y ahora y ser representada en el escenario. Esto le permite al paciente resolver un problema que fue incapaz de manejar a cabalidad cuando esa persona vivía (17-19).

La *telé* ocurre como parte del involucramiento entre las personas. Es una palabra griega que designa la “influencia a la distancia”, que Moreno redefine como “sentimiento interpersonal, cemento que mantiene al grupo unido”. El psicodrama no se limita al individuo, entiende al cliente como ser-en-el-mundo y ser-con-otros (de ahí su cercanía a las terapias sistémica y gestáltica, que se han nutrido de él, y, a su vez, lo han enriquecido) (20-23).

El psicodrama de Moreno considera que es inherente a la naturaleza humana la acción, el movimiento, la actividad creadora (24). Por eso *saber* (en el sentido del “conocer” o “conocerse” psicoterapéutico) y *poder* (en el sentido de hacer, de actuar) se unen en el mismo término: *können* (en alemán, poder, saber). Integra idealismo y materialismo: no basta hacer conciencia de los conflictos o deseos, hay que tener en cuenta los hechos, el mundo (en su acepción de “universo-percibido-por” cada cliente), las potencialidades y relaciones del cliente, su *expresión*.

Por ello, Greenberg (25) habla del psicodrama como “ciencia de la vida”, una visión que respeta la multiplicidad y la interpenetración de las relaciones, que respeta la amplitud y la creatividad del individuo y del grupo, así como la trascendencia del cliente (en cuanto concepción de que todo ser vivo pretende tener una significación “algo más que inmediata”).

El psicodrama postula que tenemos que afrontar nuevas exigencias con nuevas capacidades y nuevas comprensiones (26,27): nada hay estático, todo es movimiento, y el cliente debe desenvolverse creativamente ante cada contexto, sin estancarse, sin anquilosarse (28). Por ello son clave la espontaneidad, la creatividad, la plasticidad y la perspectiva de las posibilidades (la gama de posibilidades es tan amplia como complejas las relaciones). Como señala Greenberg (29), “el hombre se está haciendo”, y la psicoterapia psicodramática implica poner a funcionar los propios recursos, la salida de los moldes y el anquilosamiento, “hacia el preciado bien de una vida humanamente integrada”.

Otro concepto en el que gestalt y psicodrama coinciden es que el ser humano necesita equilibrio en un estado de flujo. Las polarizaciones extremas no son la respuesta, pues paralizan e imponen privaciones. El cliente requiere una mezcla de estabilidad dinámica y plasticidad (30,31). La catarsis es vastamente apreciada en el psicodrama, tanto en los espectadores (*catarsis secundaria*) como en los directores y actores (*catarsis primaria*), que, a decir de Greenberg, “crean el drama y al mismo tiempo se liberan

de él”. La catarsis es *el momento* por excelencia, en el que ser, poder, vivir y crear se unen (32-35).

El psicodrama considera la espontaneidad y la creatividad como los valores máximos axiológicos (36). Por eso terapia, acción, trabajo y actuación apuntan hacia el ideal del creador totalmente espontáneo que contribuye a la *conservación cultural* total (conjunto de obras, discursos y otros contenidos que constituyen la cultura de la humanidad). La terapia psicodramática aboga por el abandono de conductas rígidas y conservas culturales anquilosantes (por ejemplo: “los hombres no lloran”, “los niños buenos obedecen sin cuestionar”) y la creación de nuevas conservas culturales (37-39).

Métodos

Se realizó una búsqueda en Pubmed usando los términos MeSH *psychodrama* y *psychotherapy* y se encontraron 2.499 artículos. Se limitó la búsqueda a metaanálisis, en humanos y mayores de 19 años de edad, y así se hallaron 68 artículos, de los cuales dos, en atención al objetivo de esta revisión, fueron relevantes (“Patient-centered communication during primary care visits for depressive: what is the role of physician personality?” y “Resistances in the first session of psychodrama psychotherapy group with adults”). Se recurrió además a los libros del creador del psicodrama (Jacob Levy Moreno), sus discípulos (Zerka Moreno e Ira Greenberg) y textos citados allí, disponibles en bibliotecas colombianas o en internet. También se recurrió a libros relacionados con el tema, del catálogo BIBLOS de la Biblioteca de la Pontificia Universidad Javeriana, y a libros relacionados con psicodrama y técnica psicodramática, publicados en Google Libros. Finalmente, se llevó a cabo una búsqueda secundaria de las referencias propuestas en dichos libros.

Técnicas psicodramáticas (40,41)

Soliloquio

Es un monólogo del protagonista (el cliente) in situ, que habla en voz alta, expresando lo

que piensa y siente *en ese momento*. Es decir, se verbaliza la vivencia, en el aquí y el ahora. El terapeuta puede intervenir activamente, señalando las distorsiones que el cliente hace en sus percepciones de determinado(s) hecho(s).

Autopresentación

El cliente se presenta a sí mismo, presenta a su madre, su padre, sus hermanos, sus compañeros, su empleador, sus amigos, sus ídolos, su consejero espiritual, etc.

Autorrealización

El cliente (protagonista) representa el plan de su vida: hace realidad “su mundo” y lo que desea hacer en el futuro. Pueden actuar algunos “yo auxiliares” (coterapeutas u otros clientes).

Psicodrama alucinatorio

Es un fenómeno de visualización (“fantasía” o “proyección”) o, en ocasiones, franco fenómeno alucinatorio. El director (terapeuta principal) indaga acerca de la alucinación o el delirio, sin juzgar ni argumentar. Al finalizar, el mismo cliente, guiado por el público y el terapeuta, somete a la prueba de realidad sus delirios o alucinaciones.

Técnica del doble múltiple

Escenificación de los conflictos entre las instancias psíquicas (superyó-yo-ello); cada uno de los dobles representa una parte del cliente.

Técnica del espejo

El cliente se sienta entre el público. Un “yo auxiliar” representa al paciente, asumiendo su identidad, reproduciendo su conducta e interacción con otras personas. Así, el cliente puede verse “como reflejado en un espejo”.

Inversión de roles

En una situación interpersonal, cada cliente (o pareja cliente-terapeuta, o cliente-familiar) asume el rol del otro. Se ponen así de manifiesto las percepciones deformadas del otro. El director (terapeuta principal), los coterapeutas o el público pueden corregir dichas distorsiones.

Proyección al futuro

El director solicita al protagonista (cliente) que se proyecte al futuro y describa, lo más completamente que pueda, la situación (dónde se encuentra, con quiénes, cómo está, qué está haciendo, etc.).

Técnica onírica

El cliente representa un sueño (puede emplear “yo auxiliares” para representar todos los personajes u objetos del sueño). Puede cambiar el sueño, reorientando la trama.

Juego de roles

Se escenifica la situación de conflicto (“realización simbólica de los conflictos), como un pequeño “dramatizado”. Puede incluir soliloquio, inversión de roles, técnica del espejo... En fin, todas las herramientas que el terapeuta considere pertinentes.

Psicodrama analítico

Una hipótesis analítica es sometida a prueba en el escenario. El terapeuta principal se sienta entre el público y observa; un coterapeuta dirige. Se escenifica la hipótesis y el análisis del material se hace inmediatamente después (en dicho análisis interviene el cliente y el resto de coterapeutas).

Paciente in absentia

El cliente (o uno de sus familiares) no sabe que está siendo representado, está ausente. Se representan episodios conflictivos donde interviene el cliente y su(s) familiar(es); los actores usualmente son allegados, aunque puede también participar el terapeuta.

Improvisación espontánea

El protagonista actúa en roles ficticios y encuentra, para su tranquilidad, que no se ve afectado por el hecho de “ponerse al descubierto”, ni por asumir momentáneamente el rol de dichos personajes.

Expresión total

El protagonista da la espalda al público y puede decir todo lo que quiera (incluso del público

mismo). El público no contesta, así pueda sentirse ofendido o “provocado”.

La tienda mágica

El director (terapeuta principal) o un miembro del equipo terapéutico asume el papel de El Tendero. La tienda está llena de artículos imaginarios, valores, personas o situaciones que el cliente estima o espera. Es llamada en algunos textos “improvisación de fantasías”.

Dramatización de cuentos de hadas

El cuento se representa sin estructurar: los actores (clientes o coterapeutas) le dan el contenido con sus propias fantasías respecto al tema.

La silla vacía

El cliente le habla a alguien ausente (puede estar muerto) con quien hay un conflicto “pendiente”. El terapeuta se ubica al lado del paciente.

Teoría detrás de las técnicas psicodramáticas

Las técnicas psicodramáticas buscan, ante todo, un proceso creador espontáneo, que es terapéutico en sí mismo y contribuye al desarrollo personal del cliente (permitiéndole expresión, flexibilidad y amplitud de estrategias de adaptación a su entorno) y de la cultura (expandiendo la *conserva cultural*) (42-44).

El psicodrama parte del hecho de la conducta inhibida (enferma) como resultado de la limitación del individuo, autoimpuesta o heteroimpuesta (por ejemplo, las limitaciones sociales, llamadas por Moreno *dominación de las conservas culturales rígidas*). Los roles en los que el individuo se halla atrapado deforman o impiden el flujo espontáneo de la acción. A partir de ahí, suponiendo además que la espontaneidad de una persona es educable, se pretende que el cliente se libere de los viejos estereotipos que lo constriñen y comience a actuar de una manera creativa y espontánea (45-48).

Las técnicas psicodramáticas buscan un efecto vitalizador en el cliente, el ensanchamiento de su yo (49-51): en la medida en que representa sus

propios sentimientos, roles, conflictos, deseos y sucesos vitales, adquiere dominio (en forma de secuencia representación-conocimiento-identificación de pautas restringidas o poco adaptativas-transformación) sobre ellos, y se dispone, por medio del ejercicio de la espontaneidad, al cambio: así encuentra nuevos roles, mayor libertad y flexibilidad, catarsis y transformación existencial (52-56).

Respecto al ensanchamiento del Yo, el psicodrama pretende empoderar a la persona, hacerle ver que es dueña de sí misma y responsable de lo que hace (57-60). El escenario psicodramático le permite al cliente vivir su vida tal como quisiera vivirla, hacerse dueño de una situación y dejar de ser víctima de ella; a partir de ahí, el cliente empieza a experimentar que también puede llevar las riendas de su existencia (61,62).

Otro supuesto es que la situación psicodramática aleja temporalmente del paciente del mundo restringido, de roles definidos y “moldes” limitantes, en el que vive *en conflicto*. En el nuevo escenario, le permite al cliente *ser* (estar-en-el-mundo o, más precisamente, estar-en-un-nuevo-mundo) de manera diferente, más real y espontánea. Las técnicas psicodramáticas liberan, permiten “romper el molde”.

Las técnicas psicodramáticas (como otros abordajes terapéuticos: psicoanálisis, gestalt, terapia sistémica, que son compatibles) pretenden darle al cliente unidad, coherencia, una oportunidad de asumir nuevos roles y superar los ya actuados (que limitan y constriñen), mayor flexibilidad a la hora de adaptarse a su realidad circundante (63-68).

Todos los autores señalan que la catarsis y el psicodrama no bastan en sí mismos. Debe haber un análisis posdramático (recordemos la influencia del psicoanálisis en Moreno). Psicodrama y análisis posdramático constituyen una estructura continua, en la que la espontaneidad y el “atreverse a” nuevos roles va unida a un proceso de autoconocimiento, de integración, de ensanchamiento yoico (69-71).

Así como exigía a sus clientes que asociaran libremente en escena, Moreno también exigía que dejaran de lado evasivas y reticencias, que se expresaran, en el supuesto de que al actuar (e incluso exagerar) sus conductas, emociones y pensamientos en el escenario, se revelaban facetas de su naturaleza, se ponían de manifiesto rasgos básicos de su personalidad y se iban revelando áreas de conflicto.

El psicodrama asume también que el proceso transformador no sólo ocurre en el paciente: también en el terapeuta, en los coterapeutas, en los espectadores (72-74). La situación psicodramática confronta a *todos* con situaciones problemáticas, conflictivas, comunes a los individuos, a los grupos y a las relaciones interpersonales, intragrupales e intergrupales. En los planos privado y anónimo, en el espectador resuena lo que se representa en el escenario; el espectador siente, experimenta, es parte del psicodrama: no sólo está presente, *participa* en él. He aquí una de las innovaciones —un paso que permitió posteriormente los novedosos avances de la teoría sistémica— que Moreno introduce al legado de Freud: la transformación no se limita a un solo sujeto (75-78).

Otro punto relevante es que la atención del terapeuta no está exclusivamente focalizada en el cliente (79-82). El terapeuta (director del psicodrama) y sus coterapeutas deben estar atentos a las reacciones de los espectadores, durante y después de la representación. De la retroalimentación (lo que los espectadores, los coterapeutas y los otros actores manifiesten) que sigue a la puesta en escenario, el director extraerá información valiosísima, que él mismo, aunque estuviera atento a sus reacciones contratransferenciales, pudo no haber captado en su totalidad.

Aplicación de algunas técnicas psicodramáticas: experiencias

Técnica de la silla vacía

Con varios clientes me ha sido tremadamente útil, en especial cuando se trata de cuadros

depresivos. Quiero hablar de dos casos. El primero de ellos fue un hombre adulto medio, universitario, con diagnóstico de episodio depresivo moderado, que me fue remitido para inicio de psicoterapia. Las primeras sesiones evidenciaron un paciente constreñido, que hablaba poco y en quien empecé a vislumbrar una relación conflictiva con su padre. El padre había muerto hacía un lustro.

Usamos la silla vacía y el cliente, antes inhibido y apabullado por su sintomatología depresiva, pudo expresar a su padre proyectado en la silla lo que nunca había expresado antes. Fue catártico, por no decir liberador. El cliente lloró, gritó, fue (acaso por primera vez en la terapia) espontáneo y fluido. A partir de ahí fue un hombre menos reservado, más conectado consigo mismo y la terapia, más dispuesto a la exploración de nuevas alternativas y, en muy poco tiempo, fue haciendo de su vida algo creativo, con ensanchamiento de su vida social y laboral, y su sintomatología depresiva dio paso a un sentimiento de existencia plena. En usos posteriores de la silla vacía su diálogo con el padre proyectado fue cada vez más sereno y reflexivo, y él mismo afirmó que “había logrado perdonarlo” (al padre) y “perdonarse”.

El otro caso es un hombre de mediana edad, también universitario y de alto estatus, con diagnóstico idéntico y manejo con escitalopram (10 mg al día), en quien mi supervisor y yo detectamos una dinámica subyacente similar al anterior (padre exitoso y severo, superyó punitivo, síntomas depresivos relacionados con la vivencia de estar por debajo de las exigencias superyoicas-paternas), también muy inhibido en la terapia (su mismo ceño fruncido y en ocasiones inanimado no era sino el correlato de su postura rígida y su ademán de “aferrarse” al sillón). Pudo dialogar con su padre (ya fallecido) proyectado en la silla, en tres ocasiones.

Al cabo de cada ejercicio se reveló más libre, más espontáneo; durante el tercer ejercicio agradeció a su padre su intención de “educarlo y hacerlo una persona de bien” y asimismo le

prometió que con sus hijos “haría lo mismo, pero mucho más amorosamente”. La mejoría sintomática fue notoriamente rápida, y ya desde el quinto mes solicitó dejar el escitalopram. Su rostro se fue haciendo cada vez más afable, sus gestos revelaron cada vez mayor tranquilidad y plenitud, y, al cabo de siete meses de terapia, su conducta motora ya era completamente normal. Ambos clientes, después de terminada la psicoterapia, me han comunicado que continúan asintomáticos (más de un año después).

Para exemplificar el uso de esta técnica en duelo menciono a dos mujeres que aún están en psicoterapia. La primera es una adulta mayor, bachiller, casada, a la que afectó tremadamente el matrimonio de su único hijo. En esa ocasión, por sugerencia de la misma cliente, se proyectó a la nuera sobre la silla vacía. “Es que no me hablo con ella, pero tenemos muchas cosas pendientes”, dijo. Y, en efecto, pudo verbalizarle lo que antes no había podido. Llamativamente, no sólo refirió sentirse “aliviada” después del ejercicio, sino que además le dio “fuerzas para atreverse” a hablar con ella. En la actualidad refiere una relación menos tirante con la nuera.

La segunda cliente es una mujer joven, universitaria, que ha usado la silla en varias ocasiones para hablar con su padre (ausente desde hace casi dos décadas) y su ex novio (con cuya ruptura inició el cuadro). No sólo exhibió una rápida mejoría (que se ha sostenido durante ocho meses), sino que ha logrado hacer del ejercicio una oportunidad de autoconocimiento y crecimiento personal.

La tienda mágica

Como primer ejemplo cito a una adulta joven, que cursa estudios universitarios, exitosa académicamente, que solicitó iniciar la terapia “para encontrarle sentido a la vida”. Me pareció apropiado, a la tercera sesión, usar la tienda mágica (puesto que la paciente, pese a sus intentos de introspección, no lograba dar con lo que realmente quería de la vida). Como por arte de magia, empezó a “comprar” todo lo que deseaba para su vida, completamente segura de lo que

deseaba. Desde ahí, no sólo tuvo mayor claridad con respecto a su presente y futuro: supo aprovechar la psicoterapia como una oportunidad de crecimiento personal.

El segundo caso, una colega en psicoterapia de orientación psicodinámica, que estaba pasando por un importante duelo en su vida (su novio había terminado una relación de casi dos años), me permitió usar esta técnica cuando nos vimos en un punto de estancamiento, en el que ella misma no sabía qué hacer con respecto a su vida de relación. Me confesó que tenía miedo de hacer algo poco ortodoxo e incluso desconfiaba de la eficacia de este ejercicio, pero el momento era el preciso.

Realizamos la tienda mágica y la cliente, entre risas, fue “ordenando” lo que quería afectivamente (escenificando que compraba “el hombre que realmente quería y necesitaba”). Lo insólito es que, por primera vez, esta pudo mujer tener claridad de qué buscaba genuinamente, y no sólo eso: consiguió una pareja *realmente* (adecuada a sus anhelos, sus expectativas, sus necesidades, su forma de ser-en-el-mundo). De eso hace ya más de un año, y la colega, quien continúa en proceso psicoterapéutico, se encuentra asintomática, “reconciliada con la vida” (para expresarlo con sus palabras), y desempeñándose de manera formidable en todas las esferas de su existencia.

Soliloquio

He empleado el soliloquio innúmeras veces y en psicoterapias de distinto enfoque. Traigo a colación el caso de un hombre adulto mayor, con una larga historia de enfermedad mental (tenía en el momento diagnósticos de enfermedad bipolar y trastorno límite de personalidad y, aunque asintomático en el momento, había estado hospitalizado en varias ocasiones, la última hacia cinco meses) y en tratamiento con 250 mg (1-1-2) ácido valproico.

El cliente había cambiado muchas veces de psiquiatra y había recorrido toda la farmacopea existente (alopática y homeopática inclusive);

pero su conciencia de la enfermedad era nula, lo cual dificultaba enormemente su adherencia al tratamiento. Una conocida suya le aconsejó visitarme. Después de la entrevista inicial, consideré prudente que un colega (un excelente psiquiatra de enlace, del que he aprendido mucho en mi carrera) continuara manejando su farmacoterapia, y empezamos una psicoterapia de apoyo.

Su familia y yo aún conservábamos cierta esperanza en que pudiera lograr algo de introspección. Al cabo de diez sesiones, en las que me aseguré de fortalecer el vínculo, le sugerí que realizara este ejercicio. El hombre accedió. Poco a poco, mientras transcurría el soliloquio, fue accediendo a terrenos nunca antes explorados por él, y llegó a esbozar algo de conciencia de enfermedad ("me siento mal porque sé que hay algo que no funciona bien en mí, y veo que he sido desconsiderado con mi familia todos estos años, haciéndoles rabietas y protestas cada vez que me pasaban la pastilla"). Me agarré de ahí y en lo sucesivo, cada cierto número de sesiones, lo convencía de hacer de nuevo el soliloquio.

Descubrió con esta técnica muchas cosas de sí mismo, y ahora, ocho meses después, es consciente de la necesidad de los controles y la toma oportuna de la medicación. Sabe de qué se trata el trastorno afectivo bipolar y cuáles son los cuidados que debe tener para mantenerse en remisión, conoce cómo funcionan los medicamentos y las demás intervenciones y agradece a su familia cada vez que llega la hora de la toma del ácido valproico. Solicita con gusto las reuniones de psicoeducación. No ha vuelto a tener peleas con la familia. Y lo mejor: ha vuelto a ejercer su profesión, con discreto éxito.

Juego de roles

Es sumamente fructífero reunir los sistemas familiares de los clientes (obviamente, con su consentimiento). Se obtiene una información más completa; se abordan dinámicas, relaciones y conflictos del grupo familiar; se realizan medidas educativas, y se posibilita una retroalimentación importante tanto para el terapeuta como para el

sistema. Además, y en no pocas ocasiones, dichas reuniones son terapéuticas en sí mismas. He empleado con buenos resultados el juego de roles en esta situación (reuniones terapéuticas). Cito mi caso predilecto: una cliente joven, estudiante de secundaria, con rasgos de personalidad límite, que me había derivado un profesor.

La familia constituía un sistema disfuncional: el padre se había marchado con otra pareja hacía cuatro años y había retornado hacía dos. Soportaba con resentimiento los múltiples reclamos de los otros miembros del grupo familiar, hasta que, ocasionalmente, montaba en cólera y los agredía verbalmente. La madre, con rasgos obsesivos, era "acaparadora" en relación con mi cliente y, a menudo, agredía verbalmente a su pareja. El hermano menor de mi cliente tenía algunos problemas disciplinarios en el colegio, pese a la sobreexigencia de los padres. Mi cliente, una de las mejores de su curso en cuanto a desempeño académico, presentaba varios episodios de agresividad heterodirigida, en especial hacia el padre, a quien en una ocasión atacó con un cuchillo.

Bueno, fueron citados a la reunión y a los pocos minutos ya estaban "atrincherados" y agrediéndose mutuamente. Les propuse entonces un juego de roles. Accedieron con algunas reservas al inicio; pero, luego, en la medida en que se vieron "escenificados" por los otros (y por mí mismo), lograron un acceso directo a esas conductas, esos prejuicios y esas actitudes generadoras y detonadoras de conflicto. Llegó un momento tremadamente emotivo, en el que todos lloraron, se abrazaron y se pidieron perdón mutuamente. En la medida en que transcurrió la reunión, el juego de roles les permitió poner en escena, de un modo cada vez más caricaturesco y humorístico, las conductas de todos y cada uno de ellos. Al mismo tiempo, cada miembro del sistema iba tomando atenta nota de lo que no andaba bien.

Cuesta creerlo, pero al cabo de dicho ejercicio, el sistema fue mucho más sano de ahí en adelante. La cliente continúa aún en psicoterapia.

pia (lleva un año y medio) y ha exhibido una mejoría notable. A su excelente desempeño familiar, académico y social ha sumado un extraordinario aprendizaje de conductas asertivas y conciliadoras, así como una mayor creatividad y espontaneidad. Es feliz con su novio y ha iniciado clases extra de actuación.

Autopresentación

Recuerdo el caso de una joven cliente, casada, quien, además de un episodio depresivo (entre leve y moderado), cargaba a cuestas una dispareunia de larga data. Refería también una enorme limitación social (lo cual la afectaba enormemente, pues era comerciante): le costaba trabajo incluso saludar a sus potenciales socios y clientes y dejaba escapar oportunidades a granel. Conmigo era incluso bastante comedida, rayando en lo exageradamente tímida. Su voz era débil y quebradiza. Sus manos transpiraban con el solo hecho de tener a alguien enfrente.

Empezamos la psicoterapia y, al cabo de unas sesiones, me comentó que tenía una cita importante, con un cliente que le podía representar millones. Le propuse este ejercicio y aceptó. Mientras se iba presentando a sí misma, a su familia, a sus amigos, fue tomando seguridad. Cuando habló de su empresa ya su voz no flaqueaba y su postura fue tomando garbo y elegancia. Al finalizar, hablando de sus ídolos, ya estaba hecha una mujer segura, afable y comunicativa. Se mostró muy agradecida después del ejercicio, y le propuse que lo hiciera de vez en cuando en su casa, cuando lo considerara necesario. Al cabo de siete meses de terapia, la paciente había superado el problema de la hiperhidrosis palmar, tenía relaciones sexuales satisfactorias y había retomado sus estudios.

Cada vez que tenía agendada una reunión con un “pez gordo” hacia el ejercicio de la autopresentación en casa, delante de su esposo (que se reveló además como un coterapeuta innato) o en mi consulta. A los ocho meses de tratamiento, lo abandonó. Creí que era un caso de “fuga hacia la salud”, y temí una pronta recaída. Durante

la Navidad de 2009, recibí una llamada suya. Se encontraba muy contenta, agradeció mi tiempo y me comentó que estaba preparando la presentación de su tesis. A partir de ahí, me llama ocasionalmente. Está feliz con su vida, refiere una relación de pareja fecunda y plena, se graduó hace un mes y se encuentra asintomática.

Inversión de roles

Después de un mes de psicoterapia, se hizo evidente que mi cliente (una ejecutiva de edad media) escondía una queja detrás de su motivo de consulta: su sintomatología depresiva se había esfumado al cabo de unas pocas sesiones y dejaba ver una disfunción de pareja de larga data. La cliente se lamentaba del desorden de su marido, de su gusto por el rock, del “mal ejemplo” que les daba a sus hijos (se movía en un círculo de artistas e intelectuales que le parecía a ella “gente de baja estofa”).

Cuando ya estaba pensando en “darse un tiempo” (separarse temporalmente), tuvo la idea de traer al marido a la siguiente consulta, “como última medida”, según dijo. No me disgustó la propuesta. Lo trajo a la sesión y empezó a reclamarlo. La detuve y le propuse un ejercicio de inversión de roles. Ella sería su esposo y él sería mi cliente. Yo, como director, corregiría las distorsiones que fueran aflorando. Y emergieron, copiosamente. Ella pudo ver que su marido estaba cansado de su superficialidad, de sus intereses netamente económicos, de sus escasas manifestaciones de cariño, de su desconocimiento absoluto de la producción literaria del cónyuge. Él, a su vez, notó cuánto la exasperaban conductas suyas como dejar la ropa en el piso, usar los mismos pantalones varios días seguidos o hacer fiestas entre semana. Al cabo de este catártico ejercicio, los dos, después de haber expresado intensa ira, se dieron la mano amistosamente y se abrazaron. Hicieron unos compromisos frente “al notario” (como cariñosamente me designó él) y partieron decididos a “enmendar los errores” (para usar las palabras de mi cliente).

Es la hora en que no sólo no se han separado, sino que ella se encuentra embarazada; intercalan rock y música *New Age*. Ella lee lo que escriben su esposo y algunos de sus amigos, él ha aprendido algo de finanzas. Según me contó ella, “lo apoyo y le doy todo mi cariño, y él se ha esforzado en vestirse y verse como le corresponde a un hombre de su clase”.

Proyección al futuro

Quiero mencionar el caso de una mujer joven, ingeniera industrial, que trabaja en una poderosa multinacional desde hace un lustro, pero que, pese a su sólida formación académica, manifestaba gran inseguridad respecto a cómo sería su desempeño en el futuro inmediato; de hecho, fantaseaba con que jamás sería ascendida. Es más: le angustiaba la posibilidad de no estar a la altura en su empresa. Presentaba una importante sintomatología ansiosa. Le propuse hacer este ejercicio, y accedió enseguida. Empezó a actuar como si fuera ella misma, dentro de diez años; logró visualizarse satisfecha, con un cargo importante, al tiempo que se desempeñaba adecuadamente en sus roles de empresaria y mujer. Habló de sus amistades, de su familia, de su mundo (un mundo en el que la estabilidad, la seguridad y la certeza del éxito personal sí tenían cabida).

En ese futuro soñado, ella estaba libre de síntomas y sólo se encontraba conmigo en eventos sociales. Mientras realizaba el ejercicio, la cliente se dio la oportunidad de creer en ella, en su futuro, en su capacidad de afrontar las diferentes situaciones que la vida le propondría. Al terminar, me dijo sonriendo que le había dado uno de los pocos momentos de tranquilidad en lo que llevaba del año. Este simple ejercicio, en efecto, le permitió una vivencia distinta, en la que autoafirmación, estima, éxito y voluntad sí eran posibles; la paciente empezó a llevar su existencia de otra manera. En el trabajo, sus compañeros y superiores empezaron a notar sus capacidades. Sus amigos y familiares vieron a una mujer cada vez más segura de sí misma.

Todavía se encuentra en proceso psicoterapéutico, ha logrado un importante ascenso y la sintomatología ansiosa ha cesado.

Paciente in absentia

Este caso se trata de una mujer adulta mayor que manifiesta ya fatiga del cuidador. Su hija, con una esquizofrenia hebefrénica diagnosticada hace más de dos décadas, requiere una supervisión permanente. La cliente verbaliza que ama a su hija, “pero ella hace cosas que no tolero, y hasta se enoja conmigo cuando le digo que nos toca ir a los controles”. Al terminar su relato, llora amargamente y se lamenta de tener a su hija hospitalizada justamente en ese momento.

Decido realizar una dinámica de paciente en ausencia. Representamos una escena conocida: la madre (interpretada por mí) llama a su hija (papel actuado por la cliente) en la mañana. Ella no se quiere despertar; la madre insiste, la hija la insulta, la madre inicia una perorata, la hija se esconde debajo de las sábanas, la madre se las arroja al suelo. En este punto, cuando ya la hija (mi cliente) se ha levantado de la cama y está presto a la agresión, empieza a decirle: “mamá, tengo mucha rabia contigo, porque no me dejas dormir hasta el mediodía... Pero no te voy a pegar de nuevo, porque reconozco que tienes que salir a trabajar, y tu interés es dejarme vestida y desayunada, y tienes afán porque la rectora del colegio es muy exigente y te regaña cuando llegas tarde”.

En este punto llega la catarsis para mi cliente, que termina diciendo entre lágrimas: “mi hijita sabe lo que me esfuerzo por ella, pero le cuesta mucho trabajo levantarse, y comprender todo lo que le pasa, y entender cómo es la vida... Debo ser más tolerante con ella”. En posteriores sesiones seguimos realizando esta técnica, actuando diferentes escenas (paseo de domingo, salida a misa, cita con el psiquiatra). Mi cliente iba ganando en conocimiento de la enfermedad de su hija (y con él, comprensión y tolerancia), en asertividad y, además, tenía una oportunidad de expresar lo que no podía delante de su hija.

“Estoy muy agradecida con usted, doctor, porque me permite desahogarme y crecer como persona”, me repite a menudo. Todavía está en psicoterapia. Su hija completa ya un semestre en remisión, con buena adherencia al tratamiento. Entre las dos no han vuelto a presentarse discusiones ni riñas.

Improvisación espontánea

Para finalizar, traigo a colación un cliente que se las ingenaba para hacer de su vida un verdadero calvario y, de esta manera, encontraba por doquier motivos (la mayoría imaginarios) para hacerse dolorosa su existencia. Sufría enormemente con su soledad, pero, paradójicamente, se aferraba a ella. Era muy retraído, la mayoría del tiempo tenía la mirada en el piso y ni por casualidad salía de su apartamento. Se moría de ganas de tener amigos, pero temía tanto “hacer el ridículo” que terminaba encerrándose. Era muy inteligente y amaba la literatura, lo cual me sirvió de instrumento.

En cada sesión, le “exigí” que interpretara un papel (Hamlet, Calígula, El Padrino, Don Juan Tenorio, etc.), que imitara a alguna figura pública o que declamara en voz alta. Así lo hizo, pacientemente (se le notaba al inicio cuánto le disgustaba). Pasado el primer mes empezó a “gozarse” el ejercicio y, al poco tiempo, se sintió en capacidad de improvisar. Ganó en espontaneidad y creatividad. Poco a poco, fue sintiendo suficiente seguridad como para salir de su apartamento y hacer amistades. Luego empezó a trabajar. Continúa en psicoterapia, ganó un concurso literario y es cada vez más libre de las ataduras y prejuicios que lo tenían casi muerto en vida.

Conclusiones

Como el lector ha podido constatar, la propuesta de Moreno está viva. Se puede hacer psicodrama y se puede hacerlo bien, en distintos escenarios clínicos: cuadros depresivos, trastornos de ansiedad, duelo, trastornos de adaptación o

fobia social; incluso pacientes psicóticos pueden beneficiarse de intervenciones de corte psicodramático.

El psicodrama permite ir del individuo al grupo, intervenir en el cliente y en su sistema familiar, posibilita un abordaje ecológico (y aquí se encuentra con el abordaje sistémico). De ahí la utilidad de las técnicas psicodramáticas no sólo en psicoterapia, sino también en actividades de psicoeducación, de intervención familiar e institucional, incluso de educación grupal, lo cual abre posibilidades de uso en la ejecución de planes de salud pública.

Así como tiene muchos puntos en común con la teoría sistémica, el psicodrama también coincide en muchos supuestos con el psicoanálisis (conflicto psíquico, búsqueda de introspección, importancia de la metáfora y el símbolo), la terapia Gestalt (énfasis en el movimiento, en la espontaneidad y en la fluidez; así como uso de la fantasía) y aun los enfoques cognitivos (en lo relacionado con la corrección de distorsiones y prejuicios). Por eso mismo, el clínico tiene a su disposición las técnicas psicodramáticas cuando las circunstancias se presenten, sea cual sea el enfoque o el tipo de la psicoterapia.

La introspección, unida a la *praxis*; lo intelectual y lo cinestésico; la palabra y el movimiento; la fluidez y la reflexión; lo catártico y lo creativo, todo puede ser logrado en el psicodrama. Incluso el público, los familiares o amigos del cliente, y el mismo terapeuta, experimentan en él interesantes movimientos hacia la catarsis, la elaboración y la producción cultural.

Las técnicas psicodramáticas no requieren un teatro, ni costosa utillería para su ejecución. Es más, pueden no necesitar siquiera un vestuario. Están ahí, a disposición del paciente y el terapeuta.

Referencias

1. Cukier R. Palabras de Jacob Levy Moreno. São Paulo: Summus; 2005.
2. Rojas-Bermúdez J. Teoría y técnica psicodramáticas. Buenos Aires: Paidós; 1997.

3. Cassirer E. *Filosofía de las formas simbólicas*. México: Fondo de Cultura Económica; 1998.
4. Heidegger M. *El ser y el tiempo*. México: Fondo de Cultura Económica; 2002.
5. Aguiar M. *Teatro espontâneo e psicodrama*. São Paulo: Ágora; 1998.
6. Ameln von F, Gertsmann R, Kramer J. *Psychodrama*. Berlin: Springer Medizin Verlag-Heidelberg; 2009.
7. Asociación Española de Psicodrama. Disponible en: <http://www.aepsicodrama.org/>.
8. Bateson G. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen; 1998.
9. Berger P, Luckman T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu; 1999.
10. Blatner A. *El psicodrama en la práctica*. México: Pax; 2005.
11. Bustos D. *O psicodrama*. São Paulo: Ágora; 1980.
12. Correia A. *Psicodrama e psicoterapia*. São Paulo: Ágora; 1995.
13. Greenberg I. *Fundamentos y normas del psicodrama*. Buenos Aires: Paidós; 1985.
14. Moreno JL. *Las bases de la psicoterapia*. Buenos Aires: Hormé; 1967.
15. Moreno JL. *Psicodrama*. Buenos Aires: Hormé; 1978.
16. Martínez C. *Fundamentos para una teoría del psicodrama*. Buenos Aires: Siglo XXI; 1982.
17. Capra F. *Las conexiones ocultas*. Madrid: Anagrama; 2003.
18. Cukier R. *Psicodrama bipessoal*. São Paulo: Ágora; 1992.
19. Fonseca J. *Psicoterapia da relação: elementos de psicodrama contemporâneo*. São Paulo: Ágora; 1999.
20. Farmer C. *Terapia sistêmica e psicodrama*. São Paulo: Ágora; 2004.
21. De Shazer S. *Pautas de terapia familiar breve: um enfoque ecosistémico*. Buenos Aires: Paidós; 1987.
22. Garciandía JA. *Pensar sistémico*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2005.
23. Käes R. *Las teorías psicoanalíticas del grupo*. Buenos Aires: Amorrortu; 2000.
24. Moreno JL. *Psicoterapia de grupo y psicodrama: introducción a la teoría y la praxis*. México: Fondo de Cultura Económica; 1966.
25. Greenberg I. *El psicodrama y otras teorías y métodos: Freud, Rogers, Buber*. Buenos Aires: Paidós; 1982.
26. Cortés E. *Apuntes de psicodrama freudiano*. Alicante: Editorial Club Universitario; 2004.
27. De Shazer S. *Words were originally magic*. Nueva York: Norton; 1994.
28. Caruso I. *Psicoanálisis dialéctico*. Buenos Aires: Paidós; 1964.
29. Greenberg I. *Técnicas del tratamiento psico-dramático*. Buenos Aires: Paidós; 1985.
30. Perls F, Baumgardner P. *Terapia Gestalt*. México: Concepto; 1989.
31. Papp P. *El proceso del cambio*. Buenos Aires: Paidós; 1991.
32. Etchegoyen H. *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu; 1988.
33. Laplanche J, Pontalis JB. *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor; 1971.
34. Liberman D. *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Galerna; 1970.
35. Menninger K. *Teoría de la técnica psicoanalítica*. México: Pax; 1960.
36. Moreno JL. *Sociometría y psicodrama*. Buenos Aires: Deucalión; 1954.
37. Covini A, Fiocchi E, Pasquino R, Selvini M. *Hacia una nueva psiquiatría*. Barcelona: Herder; 1987.
38. Da Silva V. *Sonhos e psicodrama interno*. São Paulo: Ágora; 1996.
39. De Acevedo C. *Psicodrama nas instituções*. São Paulo: Ágora; 1990.
40. Djuric Z, Veljkovic J, Tomic M. *Psychodrama: a beginner's guide*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2006.
41. Karp M, Holmes P, Bradshaw K. *The handbook of psychodrama*. New York: Routledge; 1998.
42. Gilles P. *Psicodrama*. Rio de Janeiro: s. e.; 1967.
43. Kellermann P, Heller E. *O psicodrama em foco e seus aspectos terapêuticos*. São Paulo: Ágora; 2004.
44. Menegazzo C. *Magia, mito y psicodrama*. São Paulo: Ágora; 1994.
45. Greenburg D. *Cómo ser un perfecto desdichado*. Buenos Aires: Paidós; 1982.
46. Martínez C, Moccio F, Pavlovsky E. *Psicodrama: cuándo y por qué dramatizar*. Buenos Aires: Proteo; 1971.
47. Schulman JL, Kaspar JC, Bamerger PM. *El aprendizaje de la psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós; 1982.

48. Drakulic AM. Resistances in the first session of psychodrama psychoterapy group with adults. *Psychiatr Danub.* 2000 Jun;22(2):261-5.

49. Gunthrip H. Estructura de la personalidad e interacción humana. Buenos Aires: Paidós; 1965.

50. Hartmann H. La psicología del yo y el problema de la adaptación. México: Pax; 1961.

51. Hartmann H. Essays on ego psychology. London: The Hogarth Press; 1964.

52. Herranz T. Psicodrama y salud. Madrid: Asociación Española de Psicodrama; 2000.

53. Keeney B. Estética del cambio. Barcelona: Paidós; 1991.

54. Kleiman A. The illness narratives. Nueva York: Basic Books; 1988.

55. Martínez C, Moccio F, Pavlovsky E. Psicodrama psicoanalítico. Buenos Aires: Ayllu; 1991.

56. Simon FB, Stierlin H, Wynne LC. Vocabulario de terapia familiar. Barcelona: Gedisa; 1993.

57. Martínez C, Moccio F, Pavlovsky E. Psicodrama psicoanalítico en grupos. Buenos Aires: Ayllu; 1979.

58. Naffah A. Psicodrama: descolonizando o imaginário. São Paulo: Brasiliense; 1997.

59. Valiente Gómez D. Psicodrama y psicoanálisis. Caracas: Fundamentos; 1995.

60. Williams A. Psicodrama estratégico. São Paulo: Ágora; 1995.

61. Pavlovsky E, De Brasi J. Lo grupal: historias devenires. Entre Ríos: Galerna; 1995.

62. Wilkins P. Psychodrama. Nueva York: Sage; 1999.

63. Freud S. Introducción al psicoanálisis. Madrid: Biblioteca Nueva; 1948.

64. Freud S. Esquema del psicoanálisis. En Obras póstumas, Buenos Aires: S. Rueda; 1955.

65. Klein M. Obras completas. Buenos Aires: Paidós; 1980.

66. Ludewig K. Terapia sistémica. Barcelona: Herder; 1996.

67. Navarro J, Beyebach M. Avances en terapia familiar sistémica. Barcelona: Paidós Ibérica; 1995.

68. Minuchin S, Fishman C. Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós Ibérica; 1985.

69. Sandler J, Dare C, Holder A. El paciente y el Analista. Buenos Aires: Paidós; 1993.

70. Tarachow S. Introducción a la psicoterapia. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1969.

71. Yalom I. Teoría y práctica en la psicoterapia de grupo. México: Fondo de Cultura Económica; 1986.

72. González FM. Ilusión y grupalidad. México: Siglo Veintiuno; 1991.

73. Marc E. Guía práctica de las nuevas terapias. Barcelona: Editorial Universitaria; 2005.

74. Ochoa I. Enfoques en terapia familiar sistémica. Barcelona: Herder; 1995.

75. Menzies IE, Jacques E. Los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad. Buenos Aires: Paidós; 1982.

76. Morin E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa; 1996.

77. Searle J. La construcción de la realidad social. Barcelona: Paidós Ibérica; 1997.

78. Von Bertanlaffi L. Teoría general de los sistemas. México: Fondo de Cultura Económica; Paidós Ibérica; 1993.

79. Salim Khouri G, Huig E, Junqueira H. Psicodrama e neurociencia. São Paulo: Ágora; 2008.

80. Chapman BP, Duberstein PR, Epstein RM, Fiscella K, Kravitz RL. Patient-centered communication during primary care visits for depressive: what is the role of physician personality? *Med Care.* 2008 Aug;46(8):806-12.

81. Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. Teoría de la comunicación humana. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo; 1971.

82. Rapaport D. Hacia una teoría del pensamiento. Buenos Aires: Escuela; 1964.

Conflicto de interés: el autor manifiesta que no tiene ningún conflicto de interés en este artículo.

Correspondencia
David Alberto Campos Vargas
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental
Hospital Universitario San Ignacio
Pontificia Universidad Javeriana
Carrera 7 N.º 40-62
Bogotá, Colombia

Recibido para evaluación: 16-06-10
Aceptado para publicación: 20-08-10

