

Psicodrama y esquizofrenia crónica.  
Un estudio clínico y sociométrico \*

Psychodrama in the treatment of chronic  
schizophrenia.

A clinic and sociometric evaluation

Pablo ALVAREZ VALCARCE \*\*

## RESUMEN

*Se expone un trabajo experimental de diez meses de duración para evaluar la eficacia del Psicodrama en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos crónicos con largo tiempo de internamiento en el Hospital Psiquiátrico de Leganés. Se expone el contexto sociocultural en el que Moreno desarrolló el método psicodramático, los conceptos básicos de la Teoría y Técnica, y se revisan las modificaciones introducidas por otros autores en la Psicoterapia de Grupo y el Psicodrama, haciendo especial referencia a las que atañen al tratamiento de la esquizofrenia.*

*La hipótesis de trabajo pretende demostrar la eficacia del psicodrama en mejorar las condiciones bio-psico-sociales que favorecen la rehabilitación de los esquizofrénicos crónicos institucionalizados. El material empleado consiste en dos grupos de pacientes comparables en cuanto a sexo, edad, tiempo de internamiento y nivel de deterioro, utilizando el método de pares comparables. Cada miembro del par es aleatoriamente asignado bien al Grupo Experimental de Psicodrama o al Grupo Control de Psicoterapia de Grupo Interactiva. Los métodos de evaluación empleados son el Psicodiagnóstico de Rorschach, una Escala de Observación de Conductas de Autonomía e Integración Social, los Test Sociométricos y el Test de Roles. Se analizan los resultados empleando métodos estadísticos no paramétricos. Se encuentra una mejoría en el contacto con la realidad y en el deseo de relación en el Rorschach, una mejoría en las conductas de mayor autonomía e integración social, una mejoría del Status Sociométrico Intragrupo y el desarrollo de un mayor repertorio de roles sociales y psicodramáticos, en el grupo experimental. Se analizan fenómenos sociométricos complejos y de difícil interpretación en ambos grupos. Se comparan estos resultados con los obtenidos por otros autores. Se hace, notar la importancia de los factores socioambientales generales en la rehabilitación de estos pacientes, y se concluye, que el Psicodrama, utilizando Objetos Intermediarios, es un método eficaz para mejorar el contacto con la realidad y las habilidades sociales de los pacientes esquizofrénicos crónicos, como paso previo o simultáneo a un programa de rehabilitación de mayor especificidad y alcance,*

## EL PSICODRAMA COMO METODO PSICOTERAPEUTICO

A principios de este siglo, J. L. MORENO comienza a utilizar juegos dramáticos espontáneos para recrear los conflictos sociales más diversos con grupos de marginados. En 1921 abre en Viena el Teatro de la Espontaneidad (1) donde investiga la producción de interacciones improvisadas entre actores espontáneos que comparten un espacio y un tiempo frente a un público constituido por la comunidad entera. La otra pasión de MORENO la constituye la Religión en sus aspectos más poéticos (2). Aunque reconoce la influencia que sobre él ejercieron FREUD, JUNG, JASPERS

(\*) Tesis Licenciatura.

Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, Marzo 1985.

(••) Psiquiatra. Grupo de Estudios de Psicodrama de Madrid.

por MARTIN BUBER, los únicos maestros que titula de verdaderos con JESÚS y SOCRATES. Es en el diálogo socrático «Euthyphron» donde se inspira su técnica de «inversión» de roles. En 1918 publica la revista *Daimon*, donde ante la crisis de valores que vivía la minoría judía de la Viena de principios de siglo, reivindica los principios éticos de las ciencias sociales (3 y 4),

Del Jasidismo toma MORENO su concepto místico de que todo medio es un obstáculo. Cuando todos éstos quedan abolidos, se produce el «encuentro». Los conceptos de actitud humana en la relación Yo-Tú, y de encuentro sin confusión de MARTIN BUBER, tienen relación con los conceptos de encuentro y espontaneidad de MORENO. Las ideas sobre el encuentro (Zweihlungl y la endopatía (EinUhlungl de Teodoro IIPPS, estaban muy difundidas en el área germana de la época, e influenciaron el concepto moreniano de Tele. La intención axiológica de MORENO y su alejamiento de la fatalidad, suponen la elección de la acción como instrumento técnico. MORENO reconoce la influencia de Henri BERGSON (5) en su idea de la espontaneidad. La filosofía pragmática de C. S. PEIRCE (61) y J. DEWEY y la filosofía de G. MEAD, influyeron en MORENO cuando pasó a vivir en Estados Unidos en 1925, ayudando a la aparición de los conceptos de Matriz de

SUMMARY

*It includes a ten months long experimental research to evaluate the efficacy of Psychodrama in the treatment of chronic schizophrenic patients with long time of residency at Hospital Psiquiátrico de Leganés. It's exposed the social-cultural context in which Moreno developed the Psychodramatic method, the basic theoretical and technical concepts, and the review of other author's contributions in Group Psychotherapy and Psychodrama with especial mention to those that referes to schizophrenia treatment.*

*The work hypothesis pretends to give demonstration of the efficacy of Psychodrama to improve the bio-psycho-social conditions that favor the rehabilitation of institutionalized chronic schizophrenics. Patients are assigned into two comparable groups (same sex, age, time as inpatients and deterioration level) using the comparable pairs method. Each member of the pair is randomly assigned to the Psychodrama Experimental Group or to the Interactive Group Psychotherapy Control Group. Evaluation methods were Rorschach Psychodiagnostic, an Autonomy and Social Integration Behavior Scale, Sociometric Test and Role Test. Results are analyzed by non parametrial statistics methods. It's found an improve in the reality contact and wish for human relations in Rorschach; an improve of the high autonomy and social integration behavior; an improve of the Sociometric Ingroup Status and the development of great number of Social and Psychodramatic Roles, in the experimental group. Complex sociometric phenomena are analyzed in both groups. Results are compared with that of other authors. It is stressed that environmental and social factors plays a main role in the rehabilitation of this patients. Concludes saving that Psychodrama, using Intermediary Objects, is an efficient method to improve the reality contact and the social skills of chronic schizophrenics, like a previous or simultaneous step to a more specific and significant rehabilitation programo*

PALABRA CLAVE

*Psicodrama. Psicoterapia de Grupo. Esquizofrenia.*

KEY WORDS

*Psychodrama, Group psychotherapy. Schizophrenia.*

Identidad y de Rol. En la matriz de identidad será donde surge el yo del niño a través de la interacción con su ambiente. El Yo, primero rudimentario, logra Identidad (en el sentido moreniano de especificación social y no de singularización individual) a través del aprendizaje de roles. El rol es resultante que emerge de la interacción y origina tanto el lenguaje como el sí mismo (4).

Comparada con otros paradigmas, la Teoría Psicodramática adolece en MORENO de una conceptualización organizada. Esto puede deberse a la personalidad del autor, o quizá a que en la acción psicodramática existen sentimientos que el símbolo verbal no puede representar adecuadamente en el proceso (3). El «(Te/e)» es el sentimiento y conocimiento real de otra persona, siendo el factor que interviene "en las elecciones recíprocas en los grupos". • Tiene este factor dos aspectos: 1) el psicológico o Empatía, que es la capacidad de percibir correctamente al otro y el sentimiento propio hacia el otro, y 2) el psicopatológico o Transferencia, responsable de las elecciones desacertadas, poniéndose en contacto más que con el otro, con figuras proyectadas desde el propio mundo interno. La base de toda relación terapéutica está en el Tele. En Psicodrama, al contrario que en psicoanálisis, no se fomenta la aparición de la transferencia para luego resolverla, sino que se estimulan las relaciones Tele a través de la puesta en acción de roles bien estructurados. La «(Espontaneidad)» es la respuesta adecuada al contexto de una situación imprevista. Opera en el aquí y ahora, en el momento de su emergencia. MORENO conceptualiza la patología de la espontaneidad y establece la liberación y aprendizaje de la misma con fin pedagógico del Psicodrama (3). La «(Sociometría)» propone la aproximación cuantitativa al estudio de la organización de los grupos humanos basándose en la medición de las elecciones y rechazos entre sus miembros. La ley sociogenética establece que las formas superiores de la organización de los grupos proceden de las más simples. Así, un individuo puede tener un «status» sociométrico muy elevado y pertenecer sociogenéticamente a un nivel evolutivo bajo. La ley sociodinámica establece que los individuos sociométricamente aislados en un grupo, tienden a permanecer aislados en el orden social formal. Estas desigualdades sociométricas son de gran importancia para las situaciones terapéuticas en los grupos. Mo-

RENO desarrolla toda una serie de tests sociométricos para su trabajo terapéutico pues considera que las perspectivas de éxito y satisfacción de un individuo en las esferas psicológica, social y económica dependen de su «status» sociométrico (7, 4), MORENO reivindica el ser el primer investigador que acuñó el término de «(Psicoterapia de Grupo)». Los conflictos y las tensiones en el grupo originario aumentan en proporción directa a la diferencia sociodinámica existente entre la estructura oficial y la sociométrica. Propone que al mejorar la capacidad de percepción sociométrica a través de la interacción espontánea de los participantes, éstos mejorarán la adecuación de sus elecciones y rechazos primero en el grupo y luego en el medio social. La experimentación con los grupos le convence de la superioridad de las técnicas de acción:

«... si queremos reunir las condiciones gracias a las cuales la estructura profunda del grupo puede hacerse visible en su funcionamiento mismo, los organismos del grupo deben transformarse en actores verdaderos; el ambiente o el campo debe transformarse en una situación específica cargada de motivaciones intensas. Y puesto que nuestras observaciones de las interacciones, incluso las más minuciosas pueden ser incompletas, insignificantes o inútiles para los "actores", debemos pedir/es que desempeñen sus papeles "como si" estuvieran comprometidos en su vida auténtica. El organismo en el campo se convierte en el actor en situación» (4).

La Acción Dramática es la presentación de un suceso que tenga la facultad de interesar y conmover. En ella existe un conflicto dramático entre un protagonista que inicia la acción hacia un objetivo, y un antagonista que se opone. Cada unidad de acción queda resuelta cuando o bien el antagonista deja de oponerse y pasa a ser un deuteragonista, o bien el protagonista cambia de objetivo. La confrontación dialéctica de estos valores opuestos, me-

diante el juego deuteragónico y antagónico de las conductas que los involucran, irá creando la mediación axiológica. El producto será un eventual rol sostenido y fundado en un valor nuevo. Este valor positivo puro y su rol resultante regirán a partir de allí en el vínculo y en el ser (8). MORENO sitúa el «hambre de actos» del niño en la Matriz de Identidad Familiar, que se transformará luego en el «hambre de transformación» en la Matriz Social con el aprendizaje de los roles sociales a través del proceso de Memoria, Juego y Dramatización (91). La ((*Catarsis*)) es engendrada por la visión de un nuevo universo y por la posibilidad de un nuevo crecimiento. La abreacción y el desahogo de emociones son sólo manifestaciones superficiales. La catarsis activa comienza en el actor cuando éste representa su propio drama. Este cambio es facilitado por la existencia de un «campo relajado» con diferentes posibilidades de «iluminación de campo» (10). La idea de catarsis para MORENO es la de «Catarsis de Integración» que comprende cuatro direcciones: lo somático, lo mental, lo individual y el grupo. El acto catártico es un acto fundante que surge de la evidencia dramática y de su comprensión. Para HUSSERL hay tres momentos que integran todo acto de comprensión: el momento intelectual o momento simbólico, el momento emocional o momento catártico propiamente dicho, y el momento axiológico o momento fundante. En el psicodrama, es el momento axiológico el que fundado en el pensar y en el sentir simultáneos, da lugar a valores nuevos que sustentan roles bien desarrollados. En la ((*Teoría de los Roles*)) el rol aparece como una fusión de elementos individuales y colectivos, como los aspectos captados del Yo. Es a partir de los primitivos roles psicósomáticos de donde surge el Núcleo del Yo (11), delimitándose tres áreas de representación psicológica: cuerpo, ambiente y mente. MORENO distingue roles familiares, roles sociales y roles psicodramáticos. El rol está coloreado individualmente por la estructura particular del Núcleo del Yo, pero está teñido

colectivamente en cada cultura por la inclusión, durante el período de su estructuración, del rol complementario.

Desde la ((*Técnica Psicodramática*)), se tienen en cuenta tres contextos: contexto dramático, contexto grupal y contexto social. La función de los distintos instrumentos es distinta en cada contexto, por lo que se pone especial cuidado en la estricta diferenciación de los mismos. La Sesión psicodramática consta de tres Etapas: Caldeamiento, Dramatización y Comentarios-Análisis. En la etapa de Caldeamiento se da el proceso de atemperación donde el sujeto pone en movimiento su cuerpo y su mente, utilizando actitudes corporales e imágenes mentales que lo llevan a la consecución de estados espontáneos. En los procesos psicóticos esta etapa presenta aspectos técnicos diferenciales que han sido investigados por mí en otro trabajo (12). Durante la etapa de caldeamiento inespecífico, el Director observa la estructura sociométrica del grupo, para poder así elegir el emergente grupal centrado en un protagonista, el cual realizará un caldeamiento específico para desempeñar un rol en la etapa psicodramática. En la etapa de Dramatización es donde el Director instrumenta todos los recursos técnicos del psicodrama, considerando especialmente el material dependiente de los vínculos puestos en acción. Estos vínculos retroalimentan al Director con el fin de rectificar o ratificar la primitiva hipótesis terapéutica. En la etapa de Comentarios y Análisis, la parte del grupo que no intervino en la dramatización (auditorio), impregnado por el contexto dramático del protagonista, comunica sus impresiones, vuelca su propio material y comparte sus vivencias, contribuyendo el Director con sus propios comentarios al esclarecimiento del material dramatizado. El psicodrama maneja cinco Instrumentos técnicos. El Protagonista, que es aquel paciente alrededor del cual se centra la dramatización, siendo el emergente dramático del grupo. El Escenario es el lugar donde se realiza la dramatización, donde se construye el contexto

dramático. El Yo-Auxiliar es el instrumento más importante de la metodología. Tiene cuatro funciones: Guía y Agente terapéutico, Actor, Investigador Social y Observador subjetivo objetivado. Como agente terapéutico, recibe la consigna del Director y actúa en el contexto dramático ofreciendo al protagonista el rol complementario para preparar una atmósfera emocional dinámica que sea propicia para que el protagonista pueda crear espontáneamente una respuesta nueva. El Director es el instrumento de mayor responsabilidad por lo que debe tener una sólida preparación en el campo psiquiátrico y psicodramático. Tiene funciones de terapeuta, productor y analista social. El Auditorio es aquella parte del grupo que no participa directamente en la dramatización, ofreciendo al protagonista su crítica, su apoyo, y resonando a veces intensamente con el material dramatizado, favoreciendo los fenómenos de integración. Desde el punto de vista de las Técnicas, existen más de doscientas conceptualizadas. El autor ha concebido algunas específicas en el tratamiento de psicóticos (12). Las técnicas básicas sobre las que giran todas las demás instrumentaciones son el Soliloquio, el Espejo, el Doble, el Cambio de Roles y la Interpolación de Resistencias (3, 9).

Las Modificaciones del Método por Otros Autores, han sido múltiples desde que MORENO describiera, ya en 1910, diversos métodos de grupo (13). En la década de los 20, distintos médicos (PRATT, MARSH, LAZZELL, etc.) intentaron en Estados Unidos la aproximación grupal a problemas clínicos. Fue Trigant BURROW quien, habiendo sido alumno de JUNG y FREUD, introdujo en EE.UU. el análisis de grupo y fundó la Asociación Psicoanalítica Americana (14). Louis WENDER y Paul SCHILDER (15) trabajaron con grupos psicoanalíticos en medios hospitalarios. Quizá fueran SLAVSON (16) y WOLF (17) quienes conceptualizarán mejor la psicoterapia de grupo en el área americana. Por otra parte, en Europa, después de los trabajos de MORENO, en 1926, FREUD pu-

blicó su libro «Psicología del Grupo y Análisis del YO», aunque su única experiencia con grupos fueron las reuniones didácticas con sus colegas y estudiantes. ALDLER teorizó sobre la situación de igualdad social en la que se encontraban los miembros de los grupos de psicoterapia. Kurt LEWIN (18) acuñó el término Dinámica de Grupo en 1939, así como la Teoría del Campo en la psicología social. La escuela británica de psicoterapia de grupo tiene sus mayores representantes en BION (19), ANTHONY y FOULKES (20). Otras psicoterapias de grupo se han desarrollado en la segunda mitad del siglo xx, muchas de ellas con una clara influencia del pensamiento de MORENO (21). Entre ellas cabe destacar el Análisis Transaccional, de Eric BERNE (22); la terapia Gestalt, de Fritz PERLS (23); la terapia Conductista en grupo, de LAZARUS (24); el modelo directivo, de BACH (25); los grupos de pacientes cardíacos, de HACKET (26); el modelo de Comunidad Terapéutica, de Maxwell JONES (27); los grupos de Interacción Estructurada, de KAPLAN y SHADOCK (28); los grupos de Encuentro, de SCHULTZ, y la Terapia Familiar Sistémica del grupo de Palo Alto. Han sido los alumnos de MORENO los que han introducido modificaciones en el método psicodramático. ROSEN (29), estableció el Análisis Directo, cuyo procedimiento es análogo a las técnicas de shock psicodramático descritas por MORENO. El Psicodrama Pedagógico fue introducido por MORENO en la enseñanza de la Psiquiatría y modificado y ampliado por HAGAN y KENWORTHY (30), GRAMSS, HAAS, SCHOTZENBERGER (31) y ROJAS-BERMUDEZ (32). En Francia ha tenido un gran desarrollo el Psicodrama Psicoanalítico, a partir de LEVOVICI, DIATKINE y KESTENBERG (33), ANZIEU (34) y sus esposos LEMOINE (35). MORENO ya había trabajado experimentalmente con el paradigma psicoanalítico aplicado al psicodrama en los años cuarenta (36). Entre los desarrollos más recientes cabe citar en Japón a K. MATSUMURA, de la Universidad Ochanomizu, de Tokio (37) y a los representantes de la así llamada Escuela Argentina: Bus-

TOS (38), MENEGAZZO (39), PAULOVSKY (40), MOCCIO (41), MARTÍNEZ (42) y ROJAS-BERMÚDEZ (9, 11), siendo este último el que mayor aportación teórica y técnica ha realizado a través de una lectura psicodramática de los procesos evolutivos que a través de la Teoría del Núcleo del Yo y de la Psicopatología Vincular, ha permitida el establecimiento de una Psicopatología Psicodramática Clínica.

## OBJETIVOS

Se pretende evaluar la eficacia del método psicodramático en el tratamiento y rehabilitación de pacientes esquizofrénicos crónicos internados en un hospital psiquiátrico. Estos pacientes, además de la psicopatología inherente a su proceso psicótico, presentan una sociopatología con síl"tomas tales como dificultades de comunicación y de relación social, dependencia del modo institucional de vida, inactividad pasiva y disminución de la iniciativa que, en gran medida, se deben al así llamado «hospitalismo». Estos efectos adversos del largo internamiento en una institución inciden negativamente sobre las posibilidades de rehabilitación, incluso cuando se pone en marcha un programa adecuado que ordene el entorno del paciente para compensar o minimizar las dificultades psicológicas y sociales y aprovechar los intereses del paciente desarrollando sus habilidades. El Psicodrama trataría de incidir sobre esta psico-sociopatología. Hemos elegido el uso de Titeres como Objetos Intermediarios, por parecernos que el uso de éstos, al disminuir la cantidad de mensajes alarmógenos, facilita la fijación de la atención y mejora la comunicación cara a cara del psicótico 'crónico deteriorado, facilitando la recepción y la emisión del mensaje verbal (43). La hipótesis de trabajo es que el Psicodrama, utilizando objetos intermediarios, es eficaz en producir una mejora significativa

de las conductas de Autonomía e Integración Social, así como del Status Sociométrico Intragrupo, de los miembros de un grupo de enfermos esquizofrénicos crónicos internados en un hospital psiquiátrico.

## ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION

WING Y BROWN (44) piensan que la falta de programas de rehabilitación y de tratamiento clínico empeoran el pronóstico del esquizofrénico crónico. H. E. LEHMANN (45) opina que el defecto de personalidad de estos pacientes se caracteriza por una reducción en la ambición, de la iniciativa, de la respuesta emocional y de la imaginación creativa, lo que les dificultaría la readaptación a un medio social en ciertas condiciones (trabajo no competitivo, responsabilidad pequeña, ambiente socio-laboral que no exija muchos contactos, etc. ), necesitando o no una protección y asistencia de los trabajadores sociales. M. BLEULER (46) dice que con los avances en la psicofarmacología y en los programas de aprendizaje de habilidades sociales, solamente un 10 % de estos pacientes necesitaría hospitalización crónica. Tanto MAY y SIMPSON (47), como PASAMANIK (48) propugnan la combinación de tratamiento farmacológico con el trabajo con el ambiente familiar y social como alternativa a la hospitalización. El problema, pues, se situaría en los métodos de tratamiento psico y socioterapéuticos para preparar al paciente para su salida del hospital. SULLIVAN (49) señaló que el paciente psicótico es capaz de transferencia neurótica y que presenta una parte de su Yo susceptible de alianza terapéutica. MAY y SIMPSON (47) piensan que la investigación en psicoterapia de esquizofrénicos, debe dirigirse a tratamientos eficaces, transmisibles a los terapeutas novatos, económicos, en grupos y focalizados en áreas menos especulativas como sin-

— tomas diana (autismo, problemas de comunicación, inexpresividad afectiva, etc.) de tal modo que puedan ser evaluados y cuantificados. Estos autores creen que son deseables modificaciones técnicas de los métodos psicoterapéuticos clásicos en la línea del concepto de «manejo psicoterapéutico» para los pacientes internados, en fase de preresolución al medio social que aún posean dificultades graves en la habilidad de comunicarse y pensar racionalmente. Los problemas más comunes en la aplicación de estas técnicas serían: el establecimiento de contacto con el psicótico para el desarrollo posterior de una relación positiva, la personalidad del terapeuta y la contratransferencia. FROMM-REICHMAN (50) opina que hay que focalizar la atención del paciente en el examen de sus síntomas y conductas, haciéndole ver que es comprendido no a través de la interpretación directa, sino mediante otro tipo de respuesta en la que la comprensión esté implícita. WILL (51) cree que el objetivo principal es la mejora de la comunicación. BETZ y WHITEHORN (52) encontraron que los terapeutas con un modo de participación activa obtenían mejores resultados. M. BLEULER (46) define tres principios que deben presidir las técnicas de intervención: primero, una consideración de la parte sana del Yo del paciente; segundo, técnicas sorpresivas tipo shock para sacar al paciente de su autismo, como enfrentar al paciente a una nueva y sorpresiva situación social, y, en tercer lugar, el uso de un ambiente tranquilo y ordenado. MAY y SIMPSON (47) creen que una de las cualidades de los terapeutas que trabajan más satisfactoriamente con esquizofrénicos, es la habilidad para dramatizar una situación y obtener la atención del paciente. ROSEN (29), usa técnicas psicodramáticas tipo shock, las cuales han sido utilizadas con éxito por el autor en pacientes psicóticos agudos (12). El problema de la técnica no es simplemente si está bien dramatizar situaciones fantásticas en el consultorio, sino en la clase de señales que acompañan esas dramatizaciones. El paciente esqui-

zofrénico necesita tener experiencias interpersonales en marcadas dentro de lo que G. BATESON (53) llama señales primarias o automáticas. Además de ROSEN, SECHEHAYE (54), usa un método de intervención sobre el proceso primario llamado Realización Simbólica, en el que actualiza con acciones o con fantasías la situación infantil de tal modo que las necesidades originalmente frustradas puedan ser simbólicamente gratificadas. Utiliza objetos simbólicos tales como muñecos con los que el paciente se identifica proyectivamente. Dentro de los métodos de intervención sobre el proceso secundario (que ven la terapia como un proceso de aprendizaje de la parte sana del Yo del paciente), FEDERN (55) dramatiza y simplifica la realidad para el paciente, proyectando una imagen suya con la que el paciente pueda identificarse. WEXLER (56) piensa que para conseguir esto, el terapeuta debe actuar conscientemente como un Superyo-auxiliar primitivo. DESLAURIERS (57), BELLAK (58) y MAY (59) dicen que los métodos que usan la acción, la postura y el movimiento, tienen un gran valor en establecer contacto y por sí mismas ya que lo que una persona hace puede ser más significativo que lo que dice para un esquizofrénico, así como se" una vía de acceso directo a un material relativamente inaccesible por métodos verbales. La moderna investigación sobre el funcionamiento de los hemisferios cerebrales (60) apoya el concepto de comunicación a través de imágenes suficientemente elocuentes.

Revisaremos ahora algunos trabajos dedicados a la comparación de Psicoterapia de grupo standard con otras formas de Psicoterapia de grupo activa, aplicadas al tratamiento de esquizofrénicos crónicos ingresados en el mismo hospital y tratados con el mismo tipo de atención y recursos generales. ANKER y WALSH (61) compararon 56 esquizofrénicos asignados a dos grupos de Psicoterapia de Grupo Activa (ATI y Psicoterapia de Grupo Standard (GPI). AT tuvo mejores resultados en la escala MACC excepto en el afecto. GP mejoró sólo en movili-

dad. COONS (62) trató 66 pacientes asignados a 1 % horas/semana durante 15 meses a Psicoterapia de Grupo Interactiva (INTGP) y Psicoterapia de Grupo focalizada en el Insight (INSGP), más grupo Control. INTGP mejoró significativamente más que los otros en el Rorschach, símbolos digitales y test de comprensión. FEIFEL Y SCHWARTZ (63) no encontraron diferencias significativas entre Psicoterapia de Grupo y Control. JONES y PETERS (64) encontraron que la psicoterapia de grupo mejoraba los resultados de la escala de Overall y el Rorschach. MAY y col. (65) y GOERTZEL y col. (66) compararon Grupo de Técnicas Corporales y Control. Los pacientes experimentales mejoraron en la escala de Overall, en contacto afectivo y en movilidad en la Escala de Observación de Conducta de Enfermería (NOSIE). No hubo mejoras significativas en el Test de Figura Humana ni en el Bender. Cabe destacar, por su diseño, el trabajo de WILLIAMS y col. (67) que estudiaron un grupo de 26 esquizofrénicos crónicos, que no recibían tratamiento biológico, asignados a un Grupo de Actividad Intensiva e Interacción Social más Psicoterapia de Grupo y Psicodrama, comparado con un Grupo Control que recibía tratamiento hospitalario ordinario (Psicofármacos, Cuidados, TEC, Terapia Ocupacional y Recreacional). Hicieron comparaciones sobre 46 ítems. Encontraron que el grupo experimental mejoró en la disminución de defensas patológicas y síntomas en el T A T Y Rorschach, en el deseo de relaciones interpersonales en el T A T Y en la movilización de los afectos en las respuestas FbF, FFb Y Fb del Rorschach.

Aparte de estos trabajos que intentan una medida cuantitativa de los métodos de Psicoterapia de Grupo y Psicodrama, otros autores han trabajado con éxito utilizando diversas formas de Psicodrama en la rehabilitación de esquizofrénicos crónicos, aunque sus resultados no hayan sido sometidos a tratamiento estadístico. MORENO (3) señala la dificultad que tiene el psicótico para representar las dimensiones vividas y no vividas de su mundo pri-

vado. Propone como indispensable la representación en un contexto dramático del mundo interno del psicótico. En 1930 describe el método del Mundo Auxiliar para el tratamiento de la esquizofrenia con sus tres fases: período de Realización, en el que son progresivamente realizadas en el contexto dramático todas las fantasías del psicótico así como los personajes simbólicos de su mundo interno a fin de establecer relaciones Tele positivas; período de Sustitución, en el que esos personajes son paulatinamente sustituidos por personas reales de su Atomo Social con las que mantiene vínculos patológicos; y período de Esclarecimiento, en el que a través del Sociodrama se pretende llegar a un esclarecimiento de la realidad sociométrica mejorando su percepción distorsionada (71). SLAVSON (16) opina que el psicodrama juega con el sentido de irrealidad del psicótico, y al mismo tiempo le confiere una entidad específica y un rol que puede asumir. Si el rol es adecuadamente elegido, el psicótico puede revivir en forma de juego algunos de los traumas

o memorias de ellos, y ayudado por el director, verlos en el contexto de la situación actual, lo cual reforzaría su sentido de realidad. GOLDBERG y col. (68) compararon la Psicoterapia de Grupo Analítica y el Psicodrama con dos grupos de esquizofrénicos. Usaban escenas simbólicas, siendo aquellas que alcanzaban un mayor grado de realismo las que lograban una mayor identificación e interacción grupal. Se les plantearon problemas en el manejo de escenas de contenido sexual y agresivo. Creen que los pacientes deben jugar roles relacionados con sus conflictos biopsicográficos. Concluyen diciendo que el Psicodrama produce un aumento de la espontaneidad, un aumento de la atención y concentración, un aumento de la identificación grupal y una mayor comunicación al terapeuta de los problemas de relación interpersonales. BORING y DEABLER (69) han instaurado un método simplificado para el psicodrama de psicóticos crónicos. HARROW y GERTRUDE (70) han conceptualizado los efectos del psicodra-

ma sobre la conducta de los esquizofrénicos en términos de roles bien desarrollados, encontrando mejoras en los roles sociales. BOWERS y col. (71) han utilizado un tipo de psicodrama basado en ejercicios no verbales obteniendo ciertas mejoras en los niveles de relación interpersonal, la imagen corporal y la comunicación afectiva. SHUTTLEWORTH (72) y JENNIGS (73) han trabajado en Londres usando el psicodrama en la rehabilitación de esquizofrénicos. ROJAS-BERMÚDEZ (43) investigó la capacidad que tienen los títeres usados como Objeto Intermediario, en restablecer la comunicación perturbada de estos pacientes. En nuestro trabajo hemos usado esta metodología bajo su supervisión (74). Pierre BOUR (75) trabajó con 67 pacientes durante cinco años usando objetos intermediarios y escenas simbólicas. Estos pacientes crónicos ingresados recibían medicación neuroléptica y esporádicas entrevistas individuales y familiares. Consiguió 18 consolidaciones psicológicas compatibles con readaptación social, de los cuales 14 volvieron a vivir con sus familias, 30 mejorías clínicas significativas y 19 «fracasos» en los que su conducta y contacto afectivo habían mejorado lo suficiente como para permitirles una actividad útil, a pesar de la persistencia de su delirio. TAKAHISA y col. (76) vienen trabajando en Japón desde 1965 utilizando el psicodrama con esquizofrénicos crónicos internados. Cabe destacar la Escala de Evaluación por ellos diseñada para el comportamiento de los pacientes al jugar roles en el contexto dramático. Puntúan de 1 a 3 la calidad de una serie de factores sobre los que realizan análisis factorial: 1) Factores Cognoscitivos: Atención y asimiento al campo dramático, Acción en el campo dramático y Comprensión y juego del rol; 2) Factores de Lenguaje y comportamiento: Claridad, Reacción a un cambio situacional, y Actividad y Subjetividad; y 3) Factores afectivos: Expresión Facial, Acento en la acción y Animo expansivo. Básicamente lo que miden estos factores es la mejoría del contacto con la realidad y de la afectividad.

## MATERIAL Y METODOS

Se tomaron al azar de la población del servicio de mujeres del Hospital Psiquiátrico de Leganés, veinte pacientes diagnosticadas de esquizofrenia. Se utilizó la técnica de apareo para la formación de dos grupos de diez pacientes cada uno. Las variables utilizadas para la formación de pares comparables fueron: Diagnóstico de esquizofrenia (70 % esquizofrenia paranoide, 295-3), Sexo femenino, Edad, Tiempo de Internamiento y Nivel de Deterioro medido por la Escala de Observación de Conductas de Autonomía e Integración Social (E.A.I.S.). Los miembros de cada par fueron asignados al azar al grupo experimental y al grupo control. Los valores medios para estas variables fueron: Edad, 58,2 años en el grupo experimental y 59,8 años en el grupo control; Tiempo de Internamiento, 22,9 años en el grupo experimental y 21,5 años en el grupo control; Nivel de Deterioro (de 1 a 3 en E.A.I.S.), 2,0 en el grupo experimental y 1,8 en el grupo control. La falta de diferencia significativa entre las medias, al estar la razón de varianzas (F) por debajo del teórico estadístico, nos dice que ambos grupos son equivalentes y comparables en relación a las variables elegidas.

Al *Grupo Experimental* se le aplicó un tratamiento de Psicodrama en sesiones de una hora y media, una vez por semana durante diez meses. Debido a diversos problemas institucionales tales como vacaciones, excursiones, fiestas, obras de acondicionamiento, funerales, etc., algunas sesiones no pudieron realizarse según lo previsto, por lo que el número total de sesiones quedó reducido a 28. El equipo terapéutico estuvo formado por un médico psiquiatra en el rol de Director y una ATS en el rol de Yo-auxiliar. Al *Grupo Control* se le aplicó un tratamiento de Psicoterapia de Grupo Verbal focalizada en la Interacción de la misma duración, periodicidad y número total de sesiones que al grupo experimental. El equipo terapéutico en este grupo era el mismo que en el otro. En ambos grupos el equipo se reunía

después de cada sesión para el registro y evaluación. Todas las pacientes estaban recibiendo fármacos neurolepticos durante el período de estudio, que eran prescritos por otro médico del departamento según su criterio clínico. Todas las pacientes habían recibido a lo largo de su padecimiento diversos tipos de terapias biológicas (T.E.C., Sackel, etc.). Por otra parte, todas las pacientes participaban con el resto de las internadas en la vida hospitalaria, con las mismas posibilidades de acceder a los grupos de Laborterapia, Terapia Recreacional, Gimnasia, Asamblea de Staff-Pacientes, Atención médica y Entrevistas individuales y familiares.

Hemos empleado cinco *Métodos de Evaluación*: a) *Psicodiagnóstico de Rorschach*, que se aplicó en el «pre» y en el «post» tratamiento por una psicóloga especializada en este test, que no tomó parte en el experimento. Nos interesó valorar los cambios producidos en las áreas de Contacto con la Realidad (%F', %V) y de Afectividad (FbF, B, M) así como la aparición de respuestas de Angustia (Hdf). Se computaron, asimismo, algunos de los fenómenos especiales y los fracasos habidos por negativa a la realización del test. b) *Escala de Observación de Conductas de Autonomía e Integración Social* (E. A. I. S.). Siguiendo el modelo de las Hospital Adjustment Scales (HAS) y de las Nursing Observation Scales (NOSIE), esta escala fue confeccionada por el personal auxiliar del hospital en base a las conductas que les parecían más significativas. Este mismo personal fue el encargado de llevar a cabo la observación de conducta antes y después del tratamiento, de una manera independiente del investigador. MAY y SIMPSON (47), en su revisión de los métodos de evaluación de tratamientos para la esquizofrenia, señalan que la posible mejoría en la adaptación social de un paciente ha de ser medida en relación a las posibilidades y expectativas del medio social en que vive. Fueron definidas 41 conductas en las áreas de Alimentación (Autonomía, Elección de lugar y compañía para comer, Conversación du-

rante la comida, Participación en las tareas de servir y recoger), Aseo Personal (Diversos niveles de Autonomía), Control de Esfínteres y Conducta Social (Aislamiento, Tipo de Comunicación, Participación en Juegos, Integración en tareas de laborterapia, Salidas del hospital). Como ya ha sido dicho esta escala sirvió para la valoración del Deterioro en la formación de pares y grupos comparables en el pretratamiento. Las conductas que específicamente se valoraron comparativamente antes y después del tratamiento, fueron las Conductas de Mayor Autonomía e Integración Social, que son aquellas clasificadas como de menor deterioro, en el rango 1 de la EIAS (Comer con autonomía usando los cubiertos, Elegir sitio y compañía para comer, Conversar durante la comida, Ayudar en las tareas de servir y recoger la mesa, Asearse sola con sus útiles personales, Elegir y comprar los vestidos por cuenta propia, Jugar con otros a juegos de mesa, Iniciar la conversación espontáneamente con cualquiera, Integración regular en Laborterapia, Salir a la calle más de dos veces por semana, Salir sola o eligiendo compañía y Comentar las noticias de TV y prensa). c) *Test Sociométrico Objetivo y Perceptual*. Este test ha sido diseñado por MORENO (4) como el método más adecuado para medir las repercusiones que la Psicoterapia de Grupo y el Psicodrama tienen en la organización social. En este test se invitó a los pacientes en entrevista individual a: 1. Elegir tres individuos de su propio grupo con los que les gustaría «dar un paseo», «estar un rato hablando juntos» o «salir a tomar algo» (Test Sociométrico Objetivo) y 2. Elegir a tres individuos de su propio grupo que el propio paciente testado cree que le elegirían a él para las mismas actividades (Test Sociométrico Perceptual). Con este test es posible medir varios conceptos: 1. La clasificación sociométrica de cada individuo o Status Sociométrico Intragrupo, que será «Positivo» si elige a alguien y «Negativo» si se niega a elegir; «Aislado» si no es elegido por nadie; «Atraído» si efectúa más de la mitad de las elecciones

permitidas, y «Atrayente» si recibe más de la mitad de las elecciones permitidas. 2. El número de las Configuraciones Sociométricas que aparecen: Líderes, que son aquellos sujetos que reciben más de cinco elecciones; Parejas, que son aquellas elecciones recíprocas entre dos individuos; Cadenas, Triángulos y otras estructuras más complejas; Relaciones no correspondidas, y Aislados. La Cohesión de un grupo es alta si tiene un número elevado de parejas y un número reducido de elecciones no correspondidas. En estudios comparativos de grupos normales y patológicos, MORENO (4) encontró los siguientes resultados: 1. Los grupos normales tienen un elevado número de parejas, superior a la mitad de la población del grupo, de tal modo que originen Cadenas, Triángulos y estructuras complejas. 2. La formación de Parejas está estrechamente ligada a la buena adaptación emocional y a una personalidad armoniosa de sus miembros. 3. Existe una correlación entre popularidad social, adaptación social y cualidades caracterológicas positivas en los participantes. 4. Los individuos emocionalmente perturbados son rechazados con más frecuencia que los individuos neutrales del grupo. 5. Los criterios cambian con las culturas y las situaciones en que se llevan a cabo los experimentos sociométricos. 6. EL grado de enajenación recíproca de individuos esquizofrénicos en un grupo patológico es mayor que el de individuos normales en un grupo normal. El Sociograma es la representación gráfica de la estructura sociométrica del grupo. La diferencia entre el Sociograma Objetivo y el Sociograma Perceptual, es muy significativa a la hora de evaluar la salud de un grupo. Como demuestra F. KRAUPL TAYLOR (771, los grupos formados por individuos sanos, mostraban una mayor concordancia entre los sociogramas objetivo y perceptual, mientras que los grupos de sujetos perturbados mostraban una concordancia mínima, encontrándose una gran tendencia a prejuzgar la existencia de más parejas que las existentes en la realidad (Prejuicio de Recipro-

idad). Los sociométricamente aislados tenían un peor conocimiento del atractivo diádico. Observó que al aumentar el clima emocional del grupo a través de la expresión directa de los sentimientos de agrado y desagrado, aumentaba la correlación objetivo-perceptual, lo que es un índice de la salud del grupo. Esta mejoría de la percepción sociométrica, permitiría a los individuos efectuar más adecuadamente sus elecciones y rechazos, capacidad ésta que se encuentra muy perturbada en los individuos mentalmente enfermos. d) *Test de Roles*. Durante las sesiones de psicodrama se evaluó el repertorio de roles jugados por cada paciente. Se consideró como rol bien desarrollado aquél que cumplía con al menos cinco de los nueve factores investigados en el trabajo ya reseñado de T. AKAHISA y col. (76). Se contabilizaron los roles sociales, familiares y psicodramáticos. Este test sirve como método de evaluación del progreso en el aprendizaje de la espontaneidad, como método de averiguación del repertorio de roles bien desarrollados de cada paciente (lo que en psicodrama es un índice de salud), y para ser comparado con los datos de la investigación sociométrica. Para ROJAS-BERMÚDEZ (9), la existencia de un alto número de roles sociales fijos y rutinarios, que no llevan al compromiso personal gratificante que facilite la transformación del rol social en rol psicodramático, provoca el empobrecimiento progresivo del Yo, con el consiguiente sentimiento de inutilidad, fracaso, disconformidad y búsqueda de compensación en la fantasía y en identificaciones proyectivas. e) *Test del Arbol y Test de la Figura Humana*, que fueron pasados con fines de investigación.

## ANÁLISIS DE LOS DATOS Y RESULTADOS

En primer lugar, debe reseñarse que el 20 % de las pacientes de ambos grupos (S.H. y C.M. en el experimental, y L.B. y L.A. en el control), no recibieron el trata-

miento, pues se negaron a asistir después de las primeras sesiones. Estas pacientes negativistas, se caracterizaban por tener un alto índice de agresividad e ideación paranoide a pesar de la medicación neuroleptica que recibían, así como un desinterés absoluto por el medio que las rodeaba. Probablemente haya que admitir que la cronificación y el deterioro habían alcanzado en estas pacientes niveles próximos a la irreversibilidad. Analizaremos ahora los resultados obtenidos con cada método de evaluación empleado.

#### a) Psicodiagnóstico de Rorschach

En el test de pretratamiento, tres pacientes del grupo experimental (T.G., S.H. y A.P.) y tres pacientes del grupo control (I.B., A.M.E. y A.T.), fracasaron al series administrada la prueba. En el test de postratamiento, tres pacientes del grupo experimental (T.G., S.H. y C.M.) y cinco pacientes del grupo control (I.B., A.M.E., A.T., L.A. y M.I.) fracasaron al series administrada la prueba. Con respecto a este fenómeno, hay que notar que las pacientes que fracasaron en asistir a las sesiones, también fracasaron en este test. Este alto índice de fracasos, nos habla de la difícil significación estadística de los estudios de tratamientos de esquizofrénicos crónicos, y que de acuerdo con MAY y SIMPSON (47) la investigación y los resultados que de ella se deriven para futuros tratamientos rehabilitadores, debe evaluarse en términos de objetivos específicos para cada paciente. A pesar de ello vamos a intentar dar cuenta de algunos datos que nos parecen interesantes. La paciente A.P., delirante crónica con estereotipias verbales de contenido religioso, habiendo fracasado en el test de pretratamiento, tuvo un cambio sorprendente en el test de postratamiento, dando un número de respuestas superior a la media del grupo, con aparición de respuestas F+, V y M, lo que indicaría una mejoría de su contacto con la realidad. Este fenómeno de aumento del con-

tacto con la realidad, deducido del aumento en los % de F+ de V conjuntamente, se dio en seis pacientes del grupo experimental (60 %) en el test de postratamiento. Ninguna de las pacientes del grupo control aumentaron estos porcentajes en el test de postratamiento. Al estudiar la significación estadística de estos cambios en el % de respuestas F+, no podían aplicarse pruebas paramétricas debido a la falta de distribución normal de la muestra. Se aplicó la prueba no paramétrica de los Rangos señalados y Pares igualados de WILCOXON (78), ya que el material de investigación había sido distribuido en pares comparables, y randomizadamente asignado a los grupos experimental y control. Al ser la suma de los rangos positivos mayor, pudo concluirse que el tratamiento con Psicodrama era más eficaz que el recibido por el grupo control en producir un aumento del % de F+ en el test de Rorschach aplicado a los pacientes esquizofrénicos crónicos y, por tanto, en aumentar relativamente su contacto con la realidad a un nivel de significación  $p < 0,05$  ( $N = 10$  y  $T = 7$ ). Es importante tener en cuenta que después del tratamiento, cuatro pacientes del grupo experimental (40 %) (F.A., M.J.I., M.O. y H.M.), lograron superar el 60 % de respuestas F+, por debajo del cual se sitúan para PORTUONDO (79) la mayoría de los esquizofrénicos crónicos y deteriorados. Algunos otros datos a destacar son la aparición después del tratamiento de respuestas FbF en las tres pacientes del grupo experimental (T.M., P.S. y H.M.) que participaron más activamente en las sesiones de Psicodrama, jugando un gran número de roles y funcionando como líderes sociométricos según la etapa del grupo. Esto indicaría una capacidad del instrumento psicodramático para producir una movilización de la afectividad embotada de los esquizofrénicos, en estrecha correlación con la mejoría alcanzada en el status sociométrico y en el repertorio de roles. En el grupo control no hubo variaciones significativas en este aspecto. La aparición de respuestas M en tres pacientes

muy autistas del grupo experimental (T.G., F.A. y A.P.), que correlaciona positivamente con modificaciones positivas en el test de la figura humana, nos indica la existencia de un aumento discreto del deseo de contacto humano. Las respuestas de movimiento B, fueron prácticamente inexistentes en ambos grupos, así como un número de respuestas total bajo, lo que es típico en estos pacientes. Las pacientes del grupo experimental aumentaron significativamente las respuestas Hdf, lo que indicaría una movilización de la angustia a través de la experiencia del psicodrama. Sin embargo, en tres pacientes del grupo experimental desapareció el shock a la disgregación en la lámina X, así como la tendencia a la confabulación. En la mayoría de los pacientes de ambos grupos se observó una movilización de la sexualidad acompañada de angustia en las respuestas a las láminas VI y VII.

#### b) Escala de Autonomía e Integración Social (E.A.I.S.)

Los factores principales que determinan el nivel de Autonomía e Integración Social de estos pacientes (Conducta del personal auxiliar, Disponibilidades y medios con que cuenta el hospital, Organización de la vida hospitalaria, Programas específicos de Reinserción y Habilidades sociales, Trabajo con la Familia y la Comunidad, etc.) están fuertemente influenciados por cualquier procedimiento terapéutico único. En el momento de realizar este trabajo, no existía en el hospital ningún programa específico de entrenamiento en habilidades sociales, ni de reinserción en la comunidad. Por ello, nos pareció interesante comprobar un aumento del 9,2 % en el total de Conductas de Mayor Autonomía e Integración Social (Rango 1 de E.A.I.S.), para el grupo experimental, ya que a pesar de ser un aumento discreto, parece indicar que el Psicodrama es eficaz en mejorar los recursos de la parte sana del Yo del paciente, contrarrestando los efectos adversos del hospitalismo, mejorando el

nivel de deterioro, y preparando psicológicamente a los pacientes para su inclusión en programas específicos de reinserción en la comunidad. Las conductas que aumentaron de forma más significativa fueron la Elección y Compra del Vestido por cuenta propia (30 %), la Iniciación de la Conversación Espontáneamente con cualquiera (30 %) y el Salir a la Calle más de dos veces por semana (20 %). Individualmente, cabe destacar el caso de la paciente T.M., que de presentar solamente tres conductas de mayor autonomía e integración social en el pretratamiento, pasó a presentar diez en el postratamiento, mejorando en la incorporación a tareas, autonomía de vestido, juegos colectivos, espontaneidad en el inicio de la conversación y salidas a la calle con autonomía. La paciente F.A., pasó de dos a cinco conductas, mejorando en la incorporación a tareas y en las salidas a la calle. El Grupo Control disminuyó el total de estas conductas en un 4 %, lo cual es coherente con el ritmo de deterioro y aislamiento paulatino que sufren estos pacientes hospitalizados con el paso del tiempo.

Un dato importante para valorar la significación de ese discreto aumento habido en el grupo experimental en su Autonomía e Integración social, es el hecho de que debido al azar de la distribución, en el pretratamiento, este grupo experimental presentaba una mayor sociopatología con tan sólo el 29,2 % del total de Conductas de Mayor Autonomía e Integración Social, frente al 51,5 % que presentaba el grupo control. Este hecho hace que cobre mayor significación la mejoría lograda por el grupo experimental en este aspecto de su conducta.

#### c) Tests Sociométricos

En las Tablas 1 y 2, se exponen los datos referentes al Status Sociométrico Intragruppo de los grupos experimental y control. Dado el reducido número de pacientes de ambos grupos ( $n = 10$ ), lo que



Tabla 1

**Clasificación sociométrica grupo experimental (status Sociométrico)**

	Pretratamiento						Postratamiento					
	Eleec. efect.	Eleec. reeb.	Sujeto neg at.	Aisl.	Atraído	Atra-vente	Eleec. efecto	Eleec. reeb.	Sujetos negat.	Aisl.	Atraído	Atra-vente
T.G.....	0	1	X	X			1	4				X
F.A.....	3	1		X	X		3	0		X	X	
T.M.....	3	2			X		3	3			X	X
P.S.....	3	5			X	X	3	5			X	X
M.J.I.....	0	3	X			X	3	2			X	
M.O.....	3	2			X		2	4				X
S.H.....	2	0		X			2	0		X		
H.M.....	2	2					3	4			X	X
C.M.....	0	1	X	X			0	0	X	X		
A.P.....	3	2			X		3	1		X	X	
<b>TOTAL ....</b>	<b>19</b>		<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>23</b>		<b>1</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>5</b>

Tabla 2

**Clasificación sociométrica grupo control (status Sociométrico)**

	Pretratamiento						Postratamiento					
	Eleec. efect.	Eleec. reeb.	Sujeto negat.	Aisl.	Atraído	Atra-vente	Eleec. efecto	Eleec. reeb.	Sujetos negat.	Aisl.	Atraído	Atra-vente
I.B.....	0	2	X				0	0	X	X		
O.L.....	3	4			X	X	3	4			X	X
CC.....	3	3			X	X	3	4			X	X
L.A.....	3	0		X	X		2	1		X		
A.ME.....	3	1		X	X		2	0		X		
R.G.....	2	5				X	3	5			X	X
M.G.....	3	3			X	X	3	5			X	X
A.MO.....	3	2			X		3	1		X	X	
M.I.....	3	2			X		3	2			X	
A.T.....	0	1	X	X			0	0	X	X		
<b>TOTAL ....</b>	<b>23</b>		<b>2</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>22</b>		<b>2</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>4</b>

Tabla 3

**Configuraciones sociométricas**

	Líderes	Parejas	Estructuras	Relaciones no corresp.	Aislados
<b>G. EXPERIMENTAL</b>					
Pretratamiento .....	1	4	1	11	4
Postratamiento .....	1	3	1	17	4
<b>G.CONTROL</b>					
Pretratamiento .....	1	4	2	15	3
Postratamiento ....	2	8	5	6	5

daba unas posibilidades de no ser elegido ninguna vez ( $p = 0,026$ ) o de ser elegido solamente una vez ( $p = 0,117$ ) muy pequeñas, consideramos como Aislados a aquellos individuos del extremo inferior de la distribución, es decir a los que no habían sido elegidos ninguna vez o lo habían sido solamente una. Dado el número reducido de elecciones que se tenían que efectuar ( $e = 3$ ) y el hecho de que más del 50 % de los pacientes efectuaron las tres elecciones permitidas, consideramos como Atraídos a aquellos pacientes que efectuaron las tres elecciones. Dado que hubo pacientes que llegaron a recibir hasta cinco elecciones, consideramos como Atraentes a aquellos que recibieron tres o más elecciones.

Una primera comparación de ambos grupos en el período de pretratamiento nos muestra que el Status Sociométrico Intragrupo era inferior en el Grupo Experimental *fa* que fue menor el total de elecciones efectuadas, menor el número de individuos Atraídos y Atraentes, así como mayor el total de sujetos Aislados y Negativos. Este hecho correlaciona positivamente con la observación hecha anteriormente de la mayor sociopatología con que partía este grupo experimental en relación a la red social hospitalaria. Estas diferencias iniciales entre ambos grupos, aunque importantes para la investigación, son ínfimas y no significativas comparándolas con la diferencia existente entre la Sociodinámica de ambos grupos y la de la red social general, por lo que siguen siendo comparables en relación a las variables ya reseñadas.

Después del tratamiento, el Grupo Experimental de Psicodrama mejoró el Status Sociométrico Intragrupo de sus miembros. Incrementó el número de elecciones efectuadas en un 13,3 %; aumentó el número de individuos Atraentes en un 30 %, y el de Atraídos en un 10 %; disminuyó el número de individuos Negativos en un 20 %, y mantuvo constante el número de sujetos Aislados aunque hubo cambios sociodinámicos en esta categoría

ría pues la paciente T.G. dejó de estar aislada, mientras que la paciente A.P. quedó aislada no estándolo previamente.

En el postratamiento, el Grupo Control de Psicoterapia de Grupo Interactiva experimentó un ligero deterioro del Status Sociométrico Intragrupo de sus miembros. Disminuyó en un 3,3 % el número de elecciones efectuadas; disminuyó en un 10 % el número de individuos Atraídos, manteniendo constante el número de sujetos Negativos.

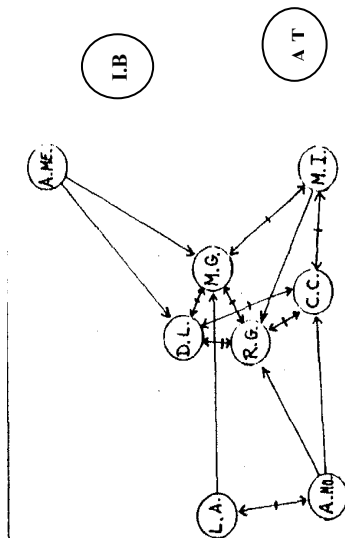
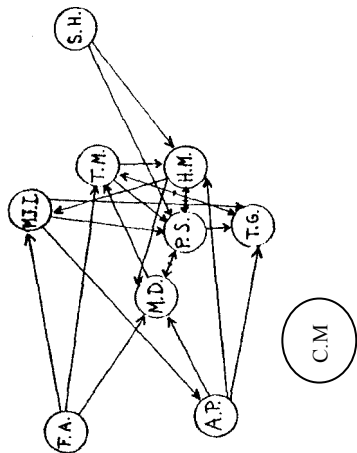
En la figura 1 pueden verse los Sociogramas Objetivos de ambos grupos antes y después del tratamiento, y en la tabla 3 se exponen las Configuraciones Sociométricas encontradas en el análisis de estos Sociogramas.

Teniendo en cuenta que la probabilidad de Elecciones Recíprocas en un grupo de 10 personas es de  $m = 4,99$ , nos podemos hacer una idea de la sociopatología de estos grupos, en los que el número de parejas existentes en el pretratamiento no supera las previsiones del azar, cuando los grupos normales tienden a superarlas ampliamente debido a la presencia del factor afectivo (Tele). Por el mismo motivo, el número de Relaciones no Correspondidas se aproxima a la probabilidad del azar ( $n = 19,99$ ), cuando en los grupos normales tiende a ser mucho menor. Por tanto, la Cohesión de ambos grupos en el momento del pretratamiento es muy baja como corresponde a los grupos formados por personas esquizofrénicas (4, 7).

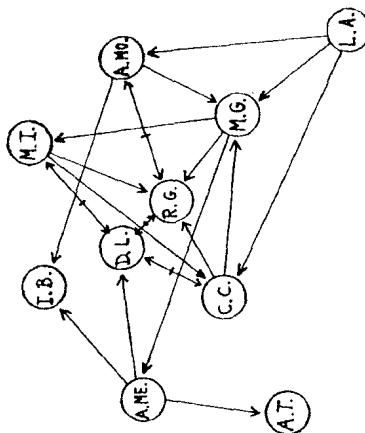
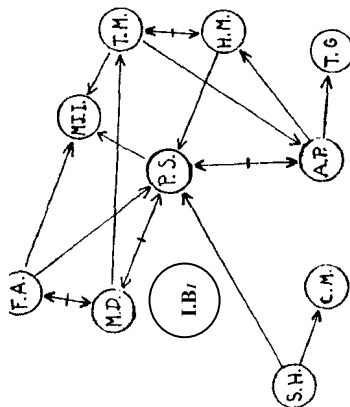
El Grupo Experimental presentó una ligera disminución en su Cohesión después del tratamiento, ya que mostró una pareja menos y aumentó el número de Relaciones no Correspondidas. El Grupo Control mostró un aumento de su Cohesión; duplicando el número de parejas y de estructuras complejas y disminuyendo el número de Relaciones no Correspondidas.

Esta transformación tan dispar en la sociodinámica de ambos grupos, nos ha obligado, en el intento de dar una explicación plausible al fenómeno, a una investi-

POSTRATAMIENTO



PRETRATAMIENTO



PSICODRAMA

gación teórica **CONTROL** fácil problema de la selección a la Cohesión. Veremos también en que medida concuerdan o disienten los presupuestos teóricos con estos hallazgos experimentales y viceversa.

En primer lugar, MORENO (4) resalta la importancia que tiene para el éxito terapéutico de los grupos, el tener en cuenta su configuración sociométrica inicial. Las exigencias de la investigación, impidieron trabajar con grupos de pacientes formados en base a las preferencias sociométricas derivadas de un estudio sociométrico exhaustivo de toda la población hospitalaria, lo que permitiría partir de grupos más cohesivos, ya fuera en base a criterios de elección derivados del exacto conocimiento de las relaciones asilares, o en base a criterios de elección para tareas específicas y habilidades sociales a desarrollar en los grupos de cohabitación extrahospitalarios de los programas de reinserción, grupos estos en los que la cohesión se presenta como valor de primer orden por su contribución a la eficacia del sociogrupo en la red social general.

Un análisis de los Sociogramas Objetivos de la figura 1, nos muestra que el aumento de la cohesión en el Grupo Control se logró reforzando la relación ya existente entre los cuatro miembros más atrayentes del grupo (D.L., C.C., R.G. y M.G.), e incluyendo a una quinta paciente (M.I.J) en el «Pentágono», pero a expensas de excluir completamente a la otra mitad del grupo (nótese que del «pentágono» no sale ninguna elección hacia los aislados). En el Grupo Experimental, sin embargo, se ve una tendencia a la recuperación de los aislados y a aumentar el número de atraídos y atrayentes, a expensas de disminuir ligeramente la cohesión del subgrupo inicial de atraídos. MORENO (4) hace mención de los límites que tiene la cohesión como indicador de la salud o patología grupal, pues una alta cohesión lograda en base a estructuras cerradas tiende a la formación de «camarillas» con exclusión de los «disidentes» que re-

presentan culturalmente otras alternativas. Del otro lado, una cohesión muy escasa, impide la ejecución de acciones organizadas y eficaces. La presencia de un alto número de parejas en un grupo ha sido clásicamente considerada como saludable, pero, como señala P. TORRANCE (80), ciertos tipos de estructuras cerradas tipo «camarilla» producen una disminución de la Integración grupal con un aumento de la sensación de aislamiento de los rechazados. MUIDOON (81) Y LEMANN Y SOLOMON (82) en sendos estudios experimentales, establecen que los grupos en los que existe una distribución muy fija y diferenciada entre los miembros atrayentes por un lado y los rechazados por otro lado, muestran una cohesión real más baja y, por tanto, una menor eficacia a la hora de enfrentar tareas grupales. Este tipo de distribución rígida de los roles ha sido descrita por WYNNE (83) en las familias de personas esquizofrénicas con el nombre de Pseudomutualidad. La estabilidad de este tipo de estructuras sociométricas es muy escasa, mostrando, como dice CERVINKA (84), motivaciones «grupoides» en su estructuración, que al no llegar a ser genuinamente grupales, favorecen su desorganización caótica ante situaciones de alta exigencia de rendimiento en la red social a la que están ligadas.

En mi opinión, el Grupo Control, después de pasar por una experiencia grupal de interacción verbal, alcanzó un nivel de estructuración muy primario, donde a partir de motivaciones «grupoides», reprodujo el tipo de configuración sociométrica vivenciado por sus miembros en sus familias de origen, siendo éste el único nivel sociogenético alcanzado antes de su temprano internamiento en la institución psiquiátrica. Así pues, éste sería el tipo de organización grupal que tenderían a establecer espontáneamente las personas esquizofrénicas en grupos de interacción verbal «naturales» donde no existan modificaciones técnicas específicas de la dinámica grupal. Por el contrario, el Grupo Experimental de Psicodrama, después de pasar por una experiencia grupal donde la

interacción estaba basada en la realización de acciones comprometidas en el Contexto Dramático, mostró una evolución en su nivel de estructuración, logrando una configuración socio métrica relativamente más integrada, y dando los primeros pasos en la dirección del cambio a un nivel sociogenético más evolucionado.

La Teoría Sociométrica nos brinda una explicación de las causas en las que radica la diferente evolución de ambos grupos. MORENO (4), indica que los criterios empleados para las elecciones en los tests sociométricos, deben representar para el individuo un interés afectivo, con vistas a lograr un fin práctico, bien definido, que desea ver realizado y sabe que el experimentador está en la posición real de poder propiciar la realización de ese fin. Este proceder aumenta la motivación real de las elecciones, así como el deseo de participar en el experimento. Los criterios así empleados son llamados Criterios de Acción. Otro tipo de criterios más inespecíficos, que no suministran a los sujetos la ocasión de emprender una acción inmediata, ni autoriza a que el director de la investigación impulse a los sujetos hacia la acción, son llamados Criterios Diagnósticos, ya que al no emplear métodos que permitan suscitar en el sujeto las condiciones afectivas más apropiadas para una franca participación, intentando al mismo tiempo poner en claro sus sentimientos recíprocos, proporcionan datos Parasociométricos (85), en el sentido de que hacen referencia a relaciones afectivas cuyo valor de compromiso y motivación es menor. En la situación regresiva y favorecedora del aislamiento que supone la vida en un Hospital Psiquiátrico, el «Criterio de Compañero de Vida Residencial» empleado (dar un paseo, estar un rato hablando juntos o salir a tomar algo); supone para los individuos del Grupo Control una posibilidad hipotética que ya existía aparentemente en la situación hospitalaria habitual anterior al experimento, en el que, por su carácter de situación de interacción verbal convencional, el experimentador no impulsaba directamente a los sujetos ha-

cia la realización de tales acciones, ni a su participación comprometida, desarrollándose la comunicación mayoritariamente en el sentido Terapeuta-Paciente, y lográndose escasas ocasiones en las que los pacientes estuvieran motivados para interactuar entre ellos de forma comprometida. Por el contrario, en el Grupo de Psicodrama, el empleo de este criterio supone la posibilidad real de lograr un fin práctico ya que el experimentador, a través de la técnica, impulsa a los sujetos a la realización de acciones comprometidas en el Contexto Dramático, contexto de lo posible por definición, lográndose así una mayor participación y motivación en las elecciones socio métricas.

La evolución sociométrica del Grupo de Psicodrama (fig. 1) pasó de una estructura en «Rueda de Carro» con el grupo polarizado sobre un único líder, sin la existencia de un grupo real, a una estructura de liderazgo múltiple (aumento del número de atrayentes) sin liderazgo formal y más integrada (disminución del número de aislados), FESSENDEN (86) en sus investigaciones, encontró que el factor que produce este tipo de cambio era precisamente el someter al grupo a una situación donde el énfasis estuviera puesto en la acción comprometida y en la responsabilidad. Tal es la situación de un grupo de psicodrama. FAUCHEUX y MOSCOVICI (87) demuestran que entre la naturaleza de la tarea y la estructura socio métrica del grupo existen relaciones unívocas. Así, cuando el grupo enfrenta una tarea de tipo analógico tal como los «Arboles de Riguet», sus miembros exploran de forma relativamente independiente las distintas posibilidades, confrontándose y poniendo en común posteriormente sus producciones. Para enfrentar provechosamente este tipo de tarea, los grupos se organizan espontáneamente en estructura no centralizada, sin liderazgo formal, con una distribución equilibrada de roles complementarios en los liderazgos múltiples. La naturaleza fundamentalmente analógica de la comunicación en el Grupo de Psicodra-

ma, favoreció su cambio estructural sociométrico en la dirección señalada.

La evolución socio métrica del Grupo Control (fig. 1) pasó de una estructura en «Cadena Centralizada» por un único líder sin la existencia de un grupo real, a una estructura de «Camarilla Cerrada» con pseudocohesión y aumento del número de aislados (menor integración), Esta evolución es precisamente la que observa FESSENDEN (86) en los grupos sometidos a una situación en la que el coordinador tiene una actitud de «dejar hacer» sin implementar recursos técnicos de participación democrática activa. FAUCHEUX y MOSCOVICI (87) demuestran que para enfrentar provechosamente una tarea de tipo lógico-digital tal como las «Figuras de Euler», los miembros del grupo tienden a funcionar como grupo centralizado tratando de aliarse para encontrar una estrategia y un método común alrededor de la estructura de liderazgo formal. En el Grupo Control de Psicoterapia Interactiva Verbal, el experimentador tenía, en efecto, una actitud de «dejar hacer», y la naturaleza de la comunicación era fundamentalmente lógico-digital.

Esta diferencia en la organización de los grupos según la naturaleza de la tarea que enfrentan, tiene no sólo influencia en la configuración sociométrica alcanzada por ambos grupos de esquizofrénicos, sino que estas diferentes configuraciones correlacionan con el grado de adecuación de la percepción sociométrica de sus miembros. En el análisis de los «Tests Sociométricos Perceptuales» se observó que en el pretratamiento, la correlación Perceptual-Objetivo para el grupo Experimental fue de 26,31 % de elecciones bien percibidas y para el grupo Control fue del 21,73 %. En ambos grupos era muy grande el Prejuicio de Reciprocidad como es característico de los grupos de esquizofrénicos. Las percepciones correctas en ambos grupos fueron realizadas por los individuos atrayentes, confirmando así las observaciones de MORENO, y demostrando que los grupos de esquizofrénicos siguen ateniéndose a las leyes sociodinámi-

cas generales. En el postratamiento, el grupo Experimental no mejoró su correlación Perceptual-Objetivo como grupo, aunque sí aumentó el número de individuos que tuvieron alguna percepción correcta. El grupo Control sí mejoró su correlación Perceptual-Objetivo en un 37,2 % como grupo, aumentando también los individuos que tuvieron alguna percepción sociométrica correcta. El hecho de que en ambos grupos aumentara el número de sujetos que percibieron correctamente (T.M., P.S., M.O. y A.P. en Experimental y C.C., D.L., R.G., M.G. y M.I. en Control) pero que el grupo Experimental no aumentara su correlación Perceptual-Objetivo mientras que el grupo Control sí lo hiciera, obedece a que este último logró su mayor correlación a expensas de las percepciones correctas entre los cinco miembros de la «camarilla» que lograron una configuración pseudocohesiva para su grupo, mientras que el grupo experimental no logró aumentar su correlación pero mejoraron su percepción sociométrica individuos previamente no atractivos y/o aislados (A. P., T.M. y M.O.).

La falta de análisis de los rechazos en este estudio sociométrico, no permite la demostración de la hipótesis que arroja luz sobre la discusión de los resultados de los tests sociométricos perceptuales, de las configuraciones sociométricas desarrolladas, y de los niveles sociogenéticos alcanzados. Para K. TAYLOR (77), el índice de salud de un grupo, estaría en relación con el aumento de la Reciprocidad Diádica, es decir, en el aumento tanto de la Demostración como del Conocimiento de las atracciones y rechazos mutuos. Así cada miembro del grupo podría ocupar su posición sociométrica real y objetiva, en vez de verse obligado a mantener una estructura socio métrica oficial que le distorsione la percepción, obligándole a elegir a personas que le rechazan y a rechazar a personas para las que él es atractivo. Como ya se ha dicho, en el grupo de Psicodrama, por el carácter fundamentalmente analógico de la tarea, se hace uso de «ac-

tuaciones evidentes) (Formas Naturales), lo cual produce un aumento de la Demostración de Reciprocidad Diádica (Demostración evidente de atracciones y rechazos), alcanzando el grupo un primer período donde la expresión abierta de los antagonismos es la responsable de la falta de cohesión y del escaso Conocimiento de la Reciprocidad Diádica Positiva (Correlación Perceptual-Objetivo baja). En el grupo Control, al haberse hecho uso básicamente de la palabra (Formas Sociales) como vehículo comunicacional sin jerarquizarla en un contexto más amplio como es el de los actos, se evitó en gran medida la Demostración de Reciprocidad Diádica Negativa (rechazos), permaneciendo sus miembros sensibles a las barreras en vez de expresar abiertamente los conflictos, por lo que pudo alcanzarse una configuración pseudocohesiva y producirse una relativa mejora del Conocimiento de la Reciprocidad Diádica Positiva (atracciones) dentro de la estructura de «camarilla», a expensas de separar a los aislados. En efecto, BALES (88) y BORGATTA (89), al analizar los procesos de interacción en los grupos, señalan que aquellos que interaccionan verbalmente en la «situación actual», ponen mayor énfasis en la demanda e intercambio de información y de sugerencias, con situaciones de tensión contenida y la aparición de muestras de solidaridad aparente debidas al requerimiento de un proceso de acostumbramiento. Así ocurrió en las interacciones del grupo Control, donde constantemente los pacientes hacen sugerencias o piden información sobre la vida hospitalaria, en una situación de «campo tenso», pero con muestras de solidaridad pseudocohesiva. Señalan estos mismos autores que en los grupos que interaccionan en condiciones de jugar roles en un contexto dramático, aparecen menos muestras de tensión contenida, pero, por la situación de menor inhibición que propicia la situación de «campo relajado» en el contexto dramático, aparecen más respuestas negativas activas en términos de desacuerdos y antagonismos evidentes. El mayor

deseo de compromiso en la situación de desempeñar roles, no se manifiesta sólo por unos niveles más acusados de desacuerdos y antagonismos, sino que también aparecen mayor número de respuestas de acuerdo activo y de dar y recibir opinión de manera asertiva. Como se verá luego en el contenido dinámico de algunas sesiones, este tipo de interacción fue precisamente el que predominó en el grupo de Psicodrama. Así pues, desde el punto de vista del desarrollo Sociogenético, creemos que el grupo Control alcanzó sociométricamente una estructuración de Factor 1 o «neutralidad emocionalmente inhibida» (89) en la que sus miembros operan bajo tensión y responden con actividad emocionalmente neutral, pidiendo orientaciones. El grupo Experimental de Psicodrama, alcanzó una estructuración de Factor 2 o «actividad comprometida» (89) mostrando sus miembros en las últimas sesiones un gran compromiso emocional, opiniones emocionalmente cargadas y una sensación de seguridad. Dentro del grupo (Afilación) como se pudo ver por el alto índice de expresión tanto de solidaridad como de antagonismo en el contexto dramático. En este trabajo experimental con el grupo de Psicodrama, sólo pudo esbozarse en algunos momentos la estructuración de Factor 3 o «identificación grupal», en la que el énfasis estaría puesto en el vivo deseo de Pertenencia, con una expansividad muy grande para efectuar y esperar recibir un gran número de elecciones entre los miembros del grupo. Como más adelante se indicará, éste es el límite de organización-estructuración sociométrica que pueden alcanzar los esquizofrénicos crónicos al operar con ellos técnicamente dentro del contexto asilar. Para que se progrese en su reaprendizaje social, la organización debe incluir, además de la estructura lograda, una serie de programas en la Red social general que propicien el paso paulatino y progresivo por una serie de situaciones grupales que, tomando como punto de partida la estructuración de Factor 3 (Pertenencia), desarrollen prag-

máticamente los Factores de «Estructura Liderada por Consenso», «Compromiso de Discusión Lógico», «Interés por la Tarea Grupal» y «Madurez Experiencial».

Desde el punto de vista de la investigación sociométrica, el trabajo con Psicodrama con Esquizofrénicos Crónicos, debe ir orientado en primer lugar al logro de una mejora de la comunicación que posibilite el desarrollo de una sensación de pertenencia real que pueda ser objetivada a través de los tests sociométricos y test de espontaneidad, para la consecución de una configuración sociométrica tal que el grado de integración sea mayor, con disminución de los aislados y aumento de los atrayentes. La Pertenencia al grupo es tan importante porque para la estabilidad y desarrollo mentales es necesario que el otro confirme la visión que tenemos de nosotros mismos. Dramáticamente, es la reacción del antagonista lo que da identidad o especificación grupal al protagonista. Sin este efecto autoconfirmador que se produce en los grupos en acción, la comunicación de los psicóticos crónicos no se desarrolla más allá de los temas indispensables para la supervivencia. El fin de la comunicación terapéutica es la auto-percepción y la percatación. El Psicodrama, por su manejo técnico del lenguaje analógico propicia la interacción en los grupos de modo tal que auspicia determinadas configuraciones sociométricas.

Para terminar esta discusión de los datos y resultados sociométricos obtenidos, conviene recordar que el Director de Psicodrama no puede trabajar eficazmente con el grupo sin conocer en cada momento la configuración sociométrica del grupo en cada sesión. Para ello levanta en cada sesión el Sociograma Intuitivo Perceptual a partir de la información de los vínculos puestos en acción en determinados juegos de interacción (12). Estos Sociogramas Intuitivos correlacionaron positivamente a un nivel del 80 % con los Sociogramas Objetivos levantados a partir de los tests.

d) Test de Roles

En la primera mitad del tratamiento recibido por el grupo experimental, se jugó una media de cuatro roles bien estructurados por sesión entre todos los miembros del grupo. En la segunda mitad del tratamiento se jugó una media de 6,2 roles por sesión. Con el psicodrama los pacientes amplían su repertorio de roles, aprendiendo a participar espontáneamente en la acción que transcurre. Durante todo el período de tratamiento, las pacientes jugaron distinta cantidad de roles bien estructurados: T.M. 28 roles; H.M. 21 roles; M.D. 14 roles; P.S. 13 roles; F.A. 10 roles; T.G. y A.P. nueve roles; M.J.I., ocho roles; S.H. y C.M. cero roles. Son precisamente los pacientes que logran desarrollar un mayor número de roles, los que obtienen una mejora en su «status» sociométrico. Son precisamente T.M., H.M. y M.D. las que pasan a ser sujetos atrayentes en el postratamiento (tabla 1). Así pues, parece que el número de roles bien estructurados que un paciente puede desempeñar a lo largo de las sesiones, sería un buen indicador de su progreso terapéutico. Es un hecho que también llama la atención, que fuera T.M. (28 roles) la que obtuviera una asombrosa mejora en sus conductas de mayor autonomía e integración social.

Aparecieron un 41 % de roles Psicodramáticos, un 31 % de roles Sociales y un 27 % de roles Familiares. El bajo porcentaje de roles psicodramáticos, es típico en los grupos de personas mentalmente trastornadas. Fueron las pacientes sociopatológicamente más graves, las que tuvieron un repertorio más escaso de roles psicodramáticos (M.J.I. 12 %; A.P. 22 %; T.G. 22 %, y F.A. 30 %), mientras que las pacientes atrayentes tuvieron porcentajes más altos (T.M. 46 %; H.M. 50 % y P.S. 69 %). Estas tres pacientes hay que recordar que son también las que tuvieron una percepción sociométrica correcta. Así el Test de Roles parece brindar unos datos que correlacionan positivamente con los datos obtenidos por la sociometría, la ob-

servación de conducta y el estudio de la personalidad. En el trabajo Psicodramático, la conducta de los individuos en el contexto social (Hospital) y la conducta en situaciones espontáneas en el contexto dramático (roles), es continuamente sopesada en relación a la información que los tests sociométricos nos brindan del contexto grupal.

### e) Test de la Figura Humana y del Arbol

Todas las pacientes de ambos grupos mostraron en el postratamiento un aumento de los rasgos faciales y de la estructuración de brazos y manos, lo que indicaría un aumento de la tendencia al contacto humano. En el árbol aparecieron más ramas, hojas y raíces. Estos fenómenos fueron más acusados en el grupo de Psicodrama.

### DINAMICA PSICOPATOLOGICA DE LAS SESIONES DE PSICODRAMA

La utilización de Títeres como Objetos Intermediarios, cuya utilidad y peculiaridades ya han sido reseñados (43, 741, adoptó en el grupo cierto carácter ritual, en el sentido en que las escenas jugadas con los títeres, pertenecen a un proceso intermedio entre la comunicación analógica y la digital, asemejándose al material de un mensaje de una manera repetitiva y estilizada ubicada entre la analogía y el símbolo. El material dramático que va surgiendo, adquiere un valor simbolizante en la medida en que sintetiza una forma de relación en curso que pertenece a la experiencia común del grupo.

En las primeras sesiones se observaba un gran bloqueo corporal que sólo cedía en parte con un caldeamiento intenso. Se comentó sobre el tema de «los novios», pasándose a representar con los títeres. M.J.I. y A.P. comentan que sus padres no las dejaban salir con chicos. T.M. y P.S.

son las que más participan, cantando canciones infantiles cuando sube la tensión dramática en el grupo. En el intervalo entre la segunda y la tercera sesión, T.M. tuvo una recidiva delirante con su fantasía de embarazo y conducta agresiva, probablemente debida a la movilización afectiva. Tanto el contenido del delirio como su conducta agresiva, fueron trabajados con los títeres en la tercera sesión. T.M. pudo, posteriormente, protagonizar algunas escenas de exclusión grupal, desapareciendo la sintomatología aguda. Ante este material puesto en escena, T.G. tuvo una crisis de llanto, siendo consolada por P.S., y A.P. realizó un soliloquio sobre su relación con su padre.

En las siguientes sesiones se retomó el tema de «los novios y el padre», pudiendo aplicar interpolaciones de resistencias y representar la escena corporalmente sin los títeres. Las parejas fueron T.M.-H.M. y M.J.I.-M.D., mientras que un Yo-auxiliar hacía de «padre». Cuando la escena es resuelta a favor del amor de los novios, con todo el grupo espontáneamente cantando en coro, T.G. queda excluida sin cantar. Se cubrió su títere con una bolsa, simbolizando así su autismo. Curiosamente comenzó a hablar en tercera persona de lo que le ocurría al títere, de sus «males», pudiendo así comunicarse con el grupo a través del objeto intermediario que momentáneamente adquiría valor simbolizante ..

Durante la siguiente semana, M.J.I. estuvo con conducta agresiva, y T.G. tuvo una crisis de agitación psicomotoriz. Cuando en la sesión se preguntó verbalmente a T.G. que contara lo que la sucedía, fue imposible la comunicación cara a cara. Al representar la escena con los títeres, en la que un títere-señor preguntaba al títere-T.G., la paciente respondió desde su lugar en el auditorio, entablando conversación con el títere, relatándole sus amoríos con un paciente del hospital y el hecho de no poder disfrutar por tener a su familia dentro de su cabeza y ser su padre, su marido. Apareció entonces en todo el grupo una serie de fantasías incestuosas.

En las siguientes sesiones se juegan ya muchas escenas en el escenario sin la ayuda de los títeres. Hay muchas referencias en la historia de todas las pacientes al «padre emocionalmente ausente», padres que tan sólo juegan roles de proveedores económicos del grupo familiar.

A.P. se queja de que su padre siempre estaba ausente trabajando. Se representa esta escena con los títeres. Cuando el conflicto dramático crece, A.P. se levanta diciendo que va a arrojar, pero tan sólo escupe en el suelo. Cuando en la escena el títere-hija protesta por la ausencia del padre y el títere-padre se pone enfermo, A.P. cierra los ojos y adopta una posición catatónica, evitando con la inmovilidad absoluta la posibilidad de ser protagonista de una acción culpable. En otra sesión en la que se trabajó el delirio estereotipado de rezo, a través de un títere virgen que llamaba a la paciente, descubrimos que los nueve golpes que diariamente solicitaba le fueran propinados por otras pacientes, correspondían a los nueve hermanos ante los que tenía que lavar su culpable vínculo con el padre.

T.G. resuena diciendo que su padre la pegaba en la cabeza. Con un títere en la mano pasa al escenario, pero no puede jugar el rol. Al cambiar de roles, en el rol de padre, parece que va a echarse a llorar, pero en su lugar soliloquia de forma repentina y fluida: «Mis padres se pasaban mucho. Siempre estaban peleándose. Yo lo pasaba fatal. En la cama, por la noche, tampoco se arreglaban porque le decía: la niña está aquí al lado y a ti te huelen los pies. La mandó a lavárselos y cuando volvió le oí Han todavía. Dormía con mi madre. Ella vino un día a acostarse conmigo. Nos queríamos mucho». Cuando el director la señala que es la primera vez que puede contar sus cosas en el grupo, T.G. responde: «Aquí somos todos iguales. Se pueden contar las cosas. Allí, en M ... , mi padre se pasaba mucho conmigo y con mis hermanos. Pegar en la cabeza es muy malo. Así estoy yo, que no puedo con mis males». El padre de T.G. es un ex alcohólico que la pegaba palizas por sus rela-

ciones con amigos que estaban expresamente prohibidas. H.M. resuena con la temática diciendo: «En mi pueblo se casaban y todas decían luego que sus maridos las pegaban». Se instrumenta entonces una escena de discusión de marido y mujer por el tema de la comida. T.M. y H.M. juegan los roles en el escenario con gran compromiso, pero no representan ningún conflicto abierto. Se comenta la situación y se cambian los roles. T.M. sí juega el papel de marido que protesta por la comida, pero H.M. queda sorprendida y evita tomar el rol de esposa. Hay un clima hostil. Se pide al resto del grupo que tome alguno de los papeles, pero todas se niegan. Debe recordarse aquí que en el sociograma del postratamiento (fig. 1), se rompe la pareja T.M.-H.M., pues H.M. no efectúa la elección, siendo la que en la escena quedó negativamente impresionada ante la conducta protestante de T.M. en el rol de marido. Este hecho apoya la hipótesis de que la Demostración de Reciprocidad Diádica Negativa que se propicia con la técnica psicodramática, es la responsable de ese primer período del grupo en que la cohesión y la percepción sociométrica son bajas, a pesar de la mejoría de la Integración y del Status Sociométrico.

En las siguientes sesiones se juegan escenas infantiles de juego. H.M. juega en la calle de su pueblo. Al aparecer su padre, quiere irse a dormir la siesta con él. P.S. dice: «Está mal ir a dormir la siesta con el padre, porque hay un amor de niña y otro de mujer». A esto responde H.M.: «Yo quería dormir con él la siesta con amor de mujer». T.G. y A.P. vuelven a hablar de su padre «ausente». H.M. dice: «Aquí se puede pensar mejor; en el hospital hay mucha gente y no se puede pensar». F.A. puede hablar de su pueblo y de su familia, después de realizar un caldeamiento específico en base a ubicar en el escenario las calles de su pueblo, su casa, las habitaciones, etc. y dar un paseo por el «pueblo» con un Yo-auxiliar. M.D. también representa la vuelta a su pueblo. M.J.I. se muestra inhibida. Entre dos sesiones, M.J.I. ha agredido físicamente a

H.M. en el Hospital. Se dramatiza la agresión utilizando los títeres, pero M.J.I. no puede hablar, y se queda callada golpeando con su títere el títere de H.M. Nótese en los sociogramas (fig. 11. como H.M. sí elige a M.J.I. no siendo correspondida, pero, como la expresión del conflicto y la demostración abierta de antagonismo, permiten a M.J. .1. convertirse en sujeto atraído hacia otros miembros del grupo, siendo previamente un sujeto negativo. El tema de la agresión continúa durante un buen número de sesiones, con el análisis del masoquismo de A.P., las agresiones que F.A. lanza a la Unidad Funcional, el delirio de H.M. en el que estando muerta habla con Dios desde su tumba, para conectar luego con el tema de la mujer-mala y la mujer-virgen y de la muerte como castigo al pecado.

En una de las siguientes sesiones, H.M. realiza una escena en la que el «rey Carlos V» pelea a muerte con el rey «Fernando 11». Ella misma es el «rey Fernando» y tiene que morir. El resto del grupo toma un títere en la mano y se organiza el entierro solemne del rey. La escena continúa con la lucha por la sucesión, en la que pelean el «rey negro de Cuba» (H. M.) contra «la princesa heredera» (P.S.). El «rey negro» muere y entonces interviene espontáneamente T.M. en el rol de «médico», asegurando que el rey negro sólo tiene un desmayo y lo cura. T.M. se traslada detrás del teatrillo de títeres y desde allí dice que es el «Príncipe de Mónaco» y que se casará con la «princesa». Desentierra y resucita al «rey Fernando» también, y anima al grupo de tal forma que finaliza la sesión con todos cantando.

Es interesante resaltar dos fenómenos psicodinámicos que nos parecen peculiares del psicótico crónico, y su relación con fenómenos sociodinámicos. En primer lugar, es curioso notar cómo el emergente grupal (en este caso la muerte), es traído al grupo por aquel portavoz que por su propia dinámica interna, está más en contacto imaginariamente con esa temática. En este caso podemos inferir que

H.M. tenía una vivencia imaginaria de riesgo de enfermedad y muerte, pues dos semanas más tarde de la sesión relatada, tuvo que ser ingresada en un hospital general por un grave proceso de discrasia sanguínea yatrógena, del que se recuperó, afortunadamente, bien. Por otro lado, existen en el mundo privado del psicótico, determinadas fantasías que pugnan reiterativamente por su realización. El psicodrama les brinda la posibilidad de una realización simbólica. H.M. tiene una fantasía de amor de mujer con su padre, como pudo verse en la escena de «la siesta». En esa escena, recordemos que fue P.S. la que introdujo el tabú del incesto y la culpa. Desde el punto de vista sociodinámico, H.M. eligió a P.S. en el pretratamiento. Siendo P.S. el líder socio métrico, y habiendo actuado en el rol de relator de la ley, se convierte simbólicamente en líder del sociogrupo (figura parental masculina en nuestra cultura). En la escena de los «reyes», H.M. es simultáneamente el padre-rey y la víctima. Primeramente trata de resolver el conflicto ofreciéndose como agresor y muriendo victimariamente. A continuación realiza el paso inverso al del proceso evolutivo normal, pasando de lo simultáneo a lo sucesivo. Realiza una inversión de roles espontánea, colocando al Hder P.S. en el rol de hija, y sucesivamente se ofrece como víctima propiciatoria, esta vez desde el rol de rey-padre. T.M. interviene aquí como Yo-auxiliar espontáneo, ayudando desde el rol de «médico», a resolver la ambivalencia, la lucha de poder y la fatídica relación agresión-culpa-muerte. Sociométricamente, en el pretratamiento, T.M. sí eligió a H.M., mientras que P.S. no lo hizo. En la escena jugada, en el momento requerido, se compromete en su elección. El resultado sociodinámico en el postratamiento, es que T.M. auxilia en el conflicto de liderazgo, eligiendo también a P.S., y favoreciendo la formación de la pareja H.M.P.S., a expensas de perder la elección que recibía de H.M., pero siendo compensada por elecciones que recibe ahora de otros miembros del grupo.

En el resto de las sesiones se tocó el tema del dinero, se construyeron imágenes de lo que cada una pensaba que era la locura, se dramatizaron de nuevo varias escenas de conflicto novio-padres, se pronunciaron frases tan significativas como ésta: «Los muñecos también se quieren aunque tengan el cuerpo de serrín», en alusión a los títeres como objetos intermediarios entre su incipiente conciencia de deterioro y su retomado deseo de contacto afectivo. En una de las últimas sesiones, se proyectaron algunas de las diapositivas que se tomaron durante las sesiones, como una técnica de retroalimentación sobre la autoimagen. Algunas pacientes no se reconocían en la imagen diciendo frases tales como: «Esa no soy yo; será otra más vieja». Se trabajó terapéuticamente con el reconocimiento de los propios gestos, posturas y actitudes. En las últimas sesiones, se jugaron escenas con gran número de roles sociales y psicodramáticos. Se comenzó a elaborar la separación con escenas de viajes y despedidas, y con sesiones donde predominaba la etapa de comentarios. Aún así, se dieron algunas manifestaciones agresivas simbólicas hacia los terapeutas, pero la angustia de abandono pudo ser relativamente contenida con la inclusión en la última sesión de otros médicos y auxiliares del departamento y con la colocación decorativa en la pared de la sala, de los títeres y el teatrillo utilizados, que continuarían así siendo objetos intermediarios entre ellos y la experiencia vivida.

Resulta evidente la constante presencia en el grupo de serias dificultades para manejar a nivel yoico la sexualidad y la agresividad. Los títeres ayudaron en la tarea fundamental del grupo: la que quedó simbólicamente realizada por T.M. al curar y resucitar a los «reyes» muertos en pelea: la re-creación progresiva de las posesiones del Sí Mismo Sicológico Sinérgico (111 destruidas tempranamente, lo que dificultó el paso de lo natural a lo social a través del proceso de vinculación complementaria. Estas pacientes, a pesar de la patología estructural de su Núcleo del

Yo (111, lograron, momentáneamente durante las sesiones, instrumentar eficazmente diversos «mecanismos reparatorios» históricos, obsesivos, depresivos, psicopáticos, fóbicos, etc., con los que evitar la confusión psicótica de las tres áreas de representación psicológica: cuerpo, mente y ambiente. Durante las sesiones, las pacientes se vieron envueltas en situaciones que propiciaban la puesta en marcha de sus aparatos de percepción, memoria, pensamiento y control de la expresión motora. Estos sistemas de organización mental, son la base para las funciones del Yo. La objetivación y concretización de la experiencia vincular grupal mediante el método psicodramático, logró, para alguna paciente en determinadas escenas, una mejoría de la función yoica discriminativa, así como preparó el terreno para una transformación del modo de vida esquizofrénico que se produciría al mejorar las funciones yoicas adaptativa e integrativa, cuando al psicodrama se le añaden otras medidas socioterapéuticas y administrativas encuadradas dentro de la cultura de la comunidad terapéutica.

## DISCUSION DE ESTOS RESULTADOS CON LOS OBTENIDOS POR OTROS INVESTIGADORES

Estamos de acuerdo con MA y y SIMPSON (471 en la necesidad de combinar métodos psico y socioterapéuticos eficaces, como el Psicodrama, con programas «milieu» de estimulación ambiental, habilidades sociales, pisos protegidos, etc. En el Hospital Psiquiátrico de Leganés, cuando acabamos la experimentación, comenzaba a discutirse un programa de esas características. Sabíamos que dependía de la puesta en marcha de esas medidas de resocialización, el que los logros alcanzados por algunas pacientes del grupo de Psicodrama, fueran desarrollados progresivamente, o sucumbieran en poco tiempo.

po a los devastadores efectos secundarios del internamiento asilar. Estos mismos autores proponen la utilización de métodos económicos, focalizados en síntomas específicos, evaluables y con modificaciones técnicas que resuelvan el problema del establecimiento de contacto con el esquizofrénico crónico. En este trabajo creemos haber solucionado satisfactoriamente esta problemática, así como habernos ajustado a los criterios exigidos por estos autores para su selección de trabajos de investigación en este campo.

Estamos de acuerdo con FROMM-REICHMANN (50) en la inutilidad de las interpretaciones psicodinámicas directas con estos pacientes, y como ella preferimos la concretización y el señalamiento sobre lo que ha sido actuado evidentemente en la sesión. Pensamos con WILL (51) que el primer objetivo es lograr una mejoría de la comunicación cara a cara, como así se hizo gracias a los objetos intermediarios. Corroboramos lo observado por BETZ y WITHEHORN (52), BIEUIER (46) y SIMPSON (47), sobre los mejores resultados del estilo activo y la capacidad dramática del terapeuta. Sin embargo, las técnicas de shock psicodramático (12, 29), no nos parecen indicadas en esquizofrénicos crónicos con muchos años de hospitalismo, pues en nuestro trabajo vimos cómo las técnicas habituales, ya generaban una movilización de la angustia detectable en el Rorschach. Esta movilización es lógica y necesaria para el proceso terapéutico, pero debe de mantenerse dentro de unos niveles de paulatina tolerancia. Fue importante enviar a las pacientes señales enmarcadoras primaria (BATESON, 43), al utilizar técnicas que, como el Psicodrama, utilizan señales simuladas de forma activa. La importancia de la Realización Simbólica (54) quedó patente en la utilización de los títeres como objetos intermediarios.

Coincidimos con COONS (62) en que las psicoterapias activas mejoran los resultados del Rorschach en los esquizofrénicos. A diferencia de lo encontrado por JONES y PETERS (64), el grupo control no mejoró

en el Rorschach con la Psicoterapia del Grupo interactiva verbal. Coincidimos con MAY y cols. (65) y GOERTZEL y col. (66) en la capacidad que tienen los tratamientos que usan técnicas corporales en mejorar los resultados de la Escala de Observación de Conductas de Enfermería (E.A.I.S.J, y al contrario que estos autores, con el Psicodrama, si encontramos mejoras en el Test de la Figura Humana. Globalmente, nuestros resultados coinciden con los obtenidos por WILLIAMS y col. (67) al utilizar Psicodrama, en la disminución de defensas patológicas y aumento de la afectividad y del contacto con la realidad en el Rorschach. Pensamos con SIAVSON (16) que el Psicodrama tiene valor en reforzar el sentido de realidad de algunos psicóticos. Como GOIDBERG (58), pero de forma más espontánea, en nuestro grupo fue útil el dramatizar escenas con relación simbólica con problemas biopatográficos. Al contrario que ellos, nosotros pudimos manejar satisfactoriamente las escenas sexuales y agresivas, gracias al uso de los títeres como objetos intermediarios, según lo señalado por ROJAS-BERMÚDEZ (74). Nuestro trabajo coincide con los hallazgos de MORENO (7, 4) en lo referente a la capacidad del Psicodrama de mejorar el Status Sociométrico Intragrupo. Al no estar nuestro trabajo experimental incluido en un programa general que permitiera un mayor tiempo de tratamiento y una mayor atención al medio familiar y social, no pudimos comparar nuestros resultados con los esperanzadores logros alcanzados por P. BOUR (75). Coincidimos con TAKAHISA y col. (76), en que el Test de Roles es un método eficaz para evaluar los resultados del tratamiento psicodramático, pues en nuestro estudio, correlacionó positivamente con los otros métodos de evaluación empleados.

## CONCLUSIONES

A la vista del análisis de los resultados obtenidos, puede concluirse que el Psico-

drama es un método psicoterapéutico que produce una mejoria en el contacto con la realidad y en el deseo de relación interpersonal en los pacientes esquizofrénicos crónicos, mejorando, por tanto, su síntoma socialmente más invalidante: el autismo. Estos cambios son estadísticamente significativos cuando se aplican métodos no para métricos.

El Psicodrama produce una mejoria de las conductas de autonomía e integración social de los pacientes esquizofrénicos crónicos. La estabilidad y el progreso de estos cambios se ve muy limitada por la existencia de otros factores ambientales que se muestran influyentes en mantener bajo el nivel de sociabilidad de estos pacientes, entre los que destacan la convivencia de tipo asilar y la falta de un programa activo de reinserción social.

El Psicodrama produce una mejoria del «status» sociométrico intragrupo en los grupos de pacientes esquizofrénicos crónicos, aumentando el número de individuos atraídos y disminuyendo el número de individuos negativos.

El Psicodrama es un método de aprendizaje de la espontaneidad, que produce una mejoría en el repertorio de roles sociales y psicodramáticos en los pacientes esquizofrénicos crónicos, observándose una correlación positiva entre el desarrollo de roles bien estructurados y la mejoría en el contacto con la realidad, en las conductas de autonomía e integración social y en el «status» sociométrico.

El Psicodrama es un método de investigación que pone de manifiesto los principales contenidos psicodinámicos de las psicosis y de su proceso de tratamiento. En nuestra experiencia, fueron temas predominantes: el padre ausente, la madre fusional, las relaciones sexuales incestuosas, las relaciones sexuales y agresivas, la desolación afectiva, el narcisismo, el dinero, la familia introyectada, la oralidad y la compulsión. En el proceso de tratamiento, creemos importante «alimentar» al paciente a través de un «maternaje» terapéutico, lo mismo que permitirle la expresión simbólica de su agresividad com-

pulsiva, dentro del «campo relajado» que supone el encuadre y la técnica, para llevar a cabo la primera etapa de Realización Simbólica. El Psicodrama brinda al paciente la oportunidad de «ganarle al padre» simbólicamente representado por un títere o un yo-auxiliar, bajo la mirada de la madre simbólicamente representada en ese momento por el Director. Para la Psiquiatría Dinámica, ésta es una situación que no ocurrió con éxito en los períodos iniciales de desarrollo del esquizofrénico. Así, en muchas escenas, los pacientes elegían un títere «gruñón» que en el rol de «padre» se estaba metiendo con los (miñños) o con los «novios», para volcar sobre él su agresividad, golpeándolo y matándolo. Otras veces, un paciente actuaba la imagen introyectada del terapeuta, como objeto bueno que no puede ser destruido, y resucitaba al títere «padre». En una segunda etapa, o etapa de Sustitución, se debe[ra] confrontar al paciente con las personas de su «átomo social», concretizando sistemáticamente los emergentes sociométricos en el aquí y ahora, para dejar en evidencia las maniobras narcisistas. A través de la cooperación de todo el grupo en acciones pertinentes al contexto de la situación, es decir, espontáneas, se puede lograr un aumento de la sensación de Pertenencia con mayor número de roles complementarios y de vinculaciones no patológicas. En la tercera etapa, o etapa de Esclarecimiento, el paciente debe ensayar en la red social general, su capacidad renovada de percepción sociométrica correcta, lo que dependerá tanto de su capacidad neurofisiológica, como de su transformación psicológica en el sentido de poder experimentar simultáneamente la dualidad de enojo y cariño sin entrar en situación de alarma, como de la naturaleza del medio social en que se incluya, el cual deberá ofrecerle atracciones y rechazos, pero de forma no ambivalente.

Para poder trabajar eficazmente con psicodrama, el Director debe plantear hipótesis terapéuticas a partir del análisis de las vinculaciones existentes. He aquí la te-



mática de algunas hipótesis terapéuticas sobre el modo de vida esquizofrénico:

1. Responder a la realidad externa con el paciente, evitando que responda de igual manera que lo hace con su realidad interna. Para ello debe representarse en el contexto dramático los objetos introyectados o mágicamente incorporados. Una vez concretizados, debe efectuarse cambio de roles, lo que favorece la elaboración de la «angustia cósmica» y del «hambre de actos», a través de la retroyección que se produce al establecer y recibir señales-ideas o sentimientos de los otros seres, para acrecentar las fuerzas del Yo (expansión) y encontrar la identidad consigo mismo (confirmación). Deben también representarse situaciones interaccionales externas, que requieran respuestas de formas naturales correspondientes al acoplamiento de estructuras genéticas programadas internas y externas, sobre todo las referentes al rol de contactador.

2. Reconocer con el paciente y ayudar a salvaguardar los mecanismos reparatorios neuróticos que implemente.

3. Contrarrestar, representándolas dramáticamente, las percepciones mágicas y distorsionadas de la realidad.

4. Representar escenas que favorezcan en los pacientes la realización de intentos de manejar experiencias de separación y pérdida.

5. Representar escenas de la biografía del paciente donde se haya visto sometido a la imposible tarea de manejar prohibiciones y mandatos contradictorios. Analizar la paradoja y proceder a un cambio de roles.

6. Crear situaciones dramáticas que propicien la toma de postura diferenciada ante el antagonismo de la duda, así como situaciones que estimulen el «hambre de transformación».

7. Hacer tolerar al paciente cantidades crecientes de ansiedad en el contexto dramático, para crear a continuación en el contexto grupal, un espacio psicológico de introspección y autoobservación para

explorar el pasado de forma integradora en el «aquí y ahora».

8. Emplear exhaustiva mente la técnica de «dobles múltiples», lo que favorece la integración de partes escindidas de la personalidad.

9. Integrar y hacer coherentes los contextos, previamente confusos, en los que se desarrollaba la conducta de los miembros sociométricos de sus primitivos grupos de pertenencia. Poner de manifiesto en todo momento la estructura sociométrica del grupo, analizando los desacuerdos y enfrentamientos encubiertos.

El análisis sociométrico de los grupos de este estudio y de las familias de origen de los pacientes esquizofrénicos, nos permiten levantar la siguiente «Hipótesis Sociométrica» sobre el impacto de los factores socioeconómicos en la organización interna de las familias en las que uno de sus miembros desarrollará esquizofrenia:

La estructura socioeconómica de la sociedad de rendimientos, somete a los grupos familiares a situaciones de presión que son resueltas por una predominancia de los valores e intereses del «sociogrupo» (objetivos a alcanzar: mayor «status» socioeconómico de sus miembros) en detrimento de los valores del «psicogrupo» (relaciones afectivas y solidarias entre sus miembros). Esta situación produce una rigida distribución de roles con diversas maniobras seductivas, hostiles, de dominancia, de autoglorificación, de incapacitación y pasividad, lo que lleva a la creación defensiva de diversos subpsicogrupos que tratan de defender sus vitales necesidades afectivas, ante situaciones de conflicto del sociogrupo tales como fracasos en las expectativas de ascenso socioeconómico. Una de las maniobras más frecuentes consiste en aumentar la eficacia del sociogrupo, lo que exige que su líder formal (el padre) realice elecciones de criterio afectivo fuera del grupo familiar. Esto es posible a costa de que el subpsicogrupo de posición extravertida liderado por la figura paterna, se desvincule afectivamente del resto del psicogrupo.

Este resto se constituye defensiva mente en un subpsicogrupo, aislado en sus elecciones de criterio afectivo dentro del propio subpsicogrupo y, por tanto, incapaces sus miembros de ser eficaces ni operativos en los proyectos del sociogrupo. Alguno de los miembros de este subpsicogrupo simbiótico, enfermará psicossocialmente, desarrollando modos de vinculación esquizofrénicos cada vez que los intereses del psicogrupo y los del sociogrupo queden enfrentados.

En nuestra investigación, este mecanismo de espontaneidad patológica ante situaciones nuevas potencialmente peligrosas, supone en los pacientes la entrada en estado de alarma con dilatación crónica del «Si Mismo Sociológico», confusión y falta de discriminación en las áreas cuerpo, mente y ambiente del Núcleo del Yo (9, 11), en los niveles psicológico y fisiológico respectivamente. En el nivel social, se ve repetido como patrón de configuración sociométrica en el Grupo Control, con la formación de una «camarilla» o subpsicogrupo afectivo, que defensivamente cohesionado, tiende a excluir a los aislados, no siendo, por tanto, operativo en la tarea de lograr el objetivo propuesto (la terapia de todo el grupo). No hay integración entre los intereses del psicogrupo y los del sociogrupo. En el Grupo de Psicodrama, a través de acciones evidentes que propician la responsabilidad de cada uno para con todo el grupo, se logra una estructuración sin camarillas, con mejor integración del psicogrupo (más atrayentes) y del sociogrupo (menos aislados), acercándose a un nivel a la vez afectivo y operativo.

La paradoja y el reto del proceso socio-terapéutico y psicoterapéutico estriba en el hecho de que la estructura de la red macrosocial, con sus exigencias de rendimiento eficaz y competitivo, impone una prevalencia de los intereses del sociogrupo en detrimento de las relaciones afectivas del psicogrupo; falta de integración que provoca intentos patológicos de reforzar aisladamente subpsicogrupos de diferente nivel sociogenético, en los que aparece el enfermar. Este patrón de vinculación sociométrica patológica, puede ser corregido terapéuticamente a través de situaciones grupales democráticas, en las que se opera con acciones sociodramáticas que exigen la participación responsable, con sistemas de liderazgo múltiple y toma de decisiones por consenso, cuyo sistema axiológico esté basado en la permanente objetivación de la posición sociométrica real de cada individuo dentro de su pertenencia al grupo.

De esta manera, trabajando con los distintos grupos de pertenencia del esquizofrénico, pueden lograrse configuraciones sociométricas sin liderazgo formal único, sin camarillas pseudocohesivas y excluyentes, donde se llegue a integrar equilibradamente las necesidades afectivas del psicogrupo con las necesidades de eficacia del sociogrupo. Es posible así minimizar los efectos adversos de la patología estructural del Núcleo del Yo del esquizofrénico crónico, ayudando a un mayor desarrollo de esos aspectos captables del Yo que se manifiestan en los Roles, para transformar, psicológica y socialmente, el modo de vivir esquizofrénico.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) J. L. MORENO: «Teatro de la Espontaneidad». Ed. Vancu. Bs. As. 1977  
*Das Stegrentheater*. Kiepenheuer. Berlín. 1923).
- (2) J. L. MORENO: «Las Palabras del Padre». Ed. Vancu. Bs. As. 1977.
- (3) J. L. MORENO: «Psicodrama». Ed. Hormé Paidós. Bs. As. 1974.
- (4) J. L. MORENO: «Fundamentos de la Sociometría». Ed. Paidós. Bs. As. 1953.
- (5) H. BERGSON: «La Evolución Creadora». Ed. Planeta.
- (6) Ch. S. PEIRCE: «Mi alegato a favor del Pragmatismo». Ed. Aguilar. 1971.
- (7) J. L. MORENO: «Psicoterapia de Grupo y Psicodrama». Ed. F.C.E. 1966.
- (8) C. M. MENEGAZZO: «Magia, Mito y Psicodrama». Ed. Paidós. 1981.
- (9) J. G. ROJAS-BERMÚDEZ: «¿Qué es el Psicodrama?». Ed. Celcius. Bs. As. 1984.
- (10) J. VON UEXKOLL: «Theoretische Biologie». Springer. Berlín. 1928.
- (11) J. G. ROJAS-BERMÚDEZ: «Núcleo del Yo». Ed. Genitor. Bs. As. 1979.
- (12) P. AIVAREZ VAICARCE: «El Psicodrama en la Unidad de Agudos del Hospital Psiquiátrico. Aspectos técnicos diferenciales». *Informaciones Psiquiátricas*, n.º 95. Primer trimestre 1984. Págs. 65-82.
- (13) J. L. MORENO: «Einladung zu einer Begegnung». *Kiepenheuer*. Berlín. 1914.
- (14) T. BURROW: «The social basis 01 conciousnes». *Harcourt, Brace and World*. New York. 1927. (15) P. SCHIIDER: «The analysis 01 ideologies as a psychotherapeutic method specially in group treatment». *Am. J. Psychiatry*, 93. Pág. 601. 1936.
- (16) J. A. SIAVSON: «Preliminary note on the relation 01 psychodrama and group psychotherapy». *Int. J. Group Psychot.* 5. Pág. 361. 1955.
- (17) A. WOLF: «The Psychoanalysis 01 Groups». *Am. J. Psychot.* 3. Pág. 525. 1949.
- (18) K. LEWIN: «Field Theory in Social Science». *Harper*. N. Y. 1951.
- (19) W. R. BION: «Experiences in Groups». Tavistock Pubic. Ltd. London. 1961.
- 201 E. J. ANTHONY, S. H. FOUIKES: «Group Psychotherapy: The psychoanalytic Approach». Penguin Books. London. 1957.
- (21) A. A. SCHOZENBERGER, M. J. SAURET: «Nuevas Terapias de Grupo». Ed. Pirámide.
- (22) E. BERNE: «Transactional Analysis in Psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry». Grove Press. N. Y. 1961.
- (23) F. PERIS: «El enfoque Gestáltico. Testimonios de Terapias». Ed. Cuatro Vientos.
- (24) A. A. LAZARUS: «Behavior therapy in groups», en *Basic approaches to group psychology and group Counseling*. G. M. Gazola edit. Pág. 149. Charles C. Thomas. Springfield. 1. Pág. 11. 1968.
- (25) G. R. BACH: «Intensive Group Psychotherapy». Ronald Press. N. Y. 1954.
- (26) T. P. HACKM: «Group Therapy in cardiac rehabilitation. *Cardiology*». 62. Pág. 75. 1977.
- (27) M. JONES: «Ahe therapeutic community». *Basic 800ks*. N. Y. 1953.
- (28) H.I. KAPLAN, B. S. SADOCK: «Comprehensive Group Psychotherapy». William and Wilkins Ed. Baltimore, 1971.
- (29) J. ROSEN: «Direct' Analysis». Grune and Stratton. N. Y. 1953.
- (30) HAGAN Y KENWORTHY: «Group Psychotherapy». Vol. IV. 1951. Págs. 23-37.
- (31) A. A. SCHOZENBERGER: «Introducción al psicodrama en sus aspectos técnicos». Ed. Aguilar. 1970.
- «Introducción al Role-Playing. Ed. Marova. 1979.
- (32) J. G. ROJAS-BERMÚDEZ: «¿Qué es el Psicodrama?». Pág. 218. Ed. Celcius. Bs. As.
- «El Psicodrama aplicado a la enseñanza de la Psiquiatría». *Cuadernos de Psicoterapia*. 111. Pág. 2. Septiembre 1968.
- (33) S. LEVOVICI, R. DIATKINE, E. KESTEMBERG: «Bilan de dix ans de Therapeutique par le psychodrame chez l'enfant et l'adolescent». *Psychiatrie de l'enfant*. Paris. 1. 1958.
- (34) D. ANZIEU: «Le Psychodrame analytique chez l'enfant». *Bibliot. Psychanal. et Psychol. Clin. Press* Universo de France. Paris. 1956.
- (35) G. Y. P. LEMOINE: «Le Psychodrame». Ed. Robert Laffont. Paris. 1972.
- (36) J. L. MORENO: «A case 01 paranoia treated through psychodrama», en *Psicoterapia de grupo y psicodrama*, pág. 361, Y en *Sociometry*, vol. VII. 1944. Pág. 325.
- (37) K. MATSUMURA: «El movimiento del Socio-psicodrama y la Psicoterapia Situacional en Japón». *Cuadernos de Psicoterapia*. XI-XII. Ed. Genitor.
- (38) D. M. BUSTOS: «El Psicodrama. Aplicaciones de la técnica psicodramática». Ed. Plus Ultra. Bs. As. 1974.
- «Psicoterapia Psicodramática». Ed. Paidós. 1975.
- (39) C. M. MENEGAZZO, J. J. SAURI: «El Psicodrama. Aportes a una teoría de los roles». Ed. Docencia. Bs. As. 1982.
- (40) E. PAULOVSKEY: «Psicoterapia de grupo en niños y adolescentes». Ed. Fundamentos.
- E. PAULOVSKEY, F. MOCOLLO Y C. MARTINEZ: «Psicodrama Psicoanalítico». Ed. Fundamentos.
- (41) F. MOCOLLO: «El Taller de terapias expresivas». Ed. Paidós.
- (42) C. MARTINEZ BOUQUET: «Fundamentos para una teoría del Psicodrama». Siglo XXI.
- (43) J. G. ROJAS-BERMÚDEZ: «Trátes y Psicodrama». Ed. Genitor. Bs. As. 1970.
- (44) J. K. WING Y G. W. BROWN: «Institutional and schizolrenia». Cambridge. University Press. 1970.
- (45) H. E. LEHMANN: «The philosophy 01 101'g-acting medication in psychiatry». *Ois. Nerv. Syst.* 31 (suppl.). Pág. 8. 1970.
- (46) M. BIEUIER: «Conception 01 schizolrenia within the last fifty years and today». *Inst. J. Psychiatry*. 1. Pág. 501. 1965.
- «Some results 01 research in schizofrenia». *Behav. Sci.* 15. Pág. 211. 1970.
- (47) P. R. MAY, G. SIMPSON: «Schizolrenia: Overview 01 treatment methods and Evaluation of Treatment methods». Caps. 15.6 y 15.8, en *Comprehensive Textbook of Psychiatry/III*. Kaplan, Freedman, Sadock. Williams-Wilkins. Baltimore. 1980.
- (48) B. PASAMANICK Y col.: «Schizolrenics in the community». Appleton-Century-Crofts. N. Y. 1967. (49) H. S. SULLIVAN: «Conception 01 modern psychiatry». William Alanson White Foundation. Washington D. C. 1940.
- (50) F. FROMM-REICHMANN: «Some aspects of psychoanalytic: therapy with schizolrenics», en *Psychotherapy with schizofrenics*. Int. Univ. Press. N. Y. 1952.
- (51) O. A. WILLI: «Psychotherapeutics and the schizofrenic reaction». *J. Nerv. Ment. Ois.* 128. Pág. 109. 1958.
- (52) B. J. BETZ, J. C. WHITEHORN: «The relationship 01 the therapist to the outcome 01 therapy in schizolrenia». *Psychiatry Res. Rep.* 5. Pág. 89. 1956.
- (53) G. BATESON: «Distorsiones esquizolrenicas de la comunicación», capít. 11, en *Psicoterapia de los pacientes esquizofrénicos dónicos*. Carl Whitaker. 1975. Ed. Cepe. Bs. As.
- (54) M. SECHEHAYE: «A new psychotherapy in schizolrenia». Grune & Stratton. 1956.
- (55) P. FEDERN: «Ego psychology and the psychoses». *Basic 800ks*. N. Y. 1952.
- (56) M. WEXIER: «The structural problem in schizofrenia: The role 01 the internal object», en *Psychotherapy with schizofrenics*. Brody & Redlich Editors. Int. Univ. Press. N. Y. 1952.
- (57) A. DESIAURIERS: «The psychological experience of reality», en *Chronic Schizophrenia*. L. Appleby Ed. Pág. 275. Free Press of Glencoe Macmillan. N. Y. 1960.
- (58) L. BELIAK: «Methodology and research in the psychotherapy 01 psychoses». *Psychiatr. Res. Rep.* 17. Pág. 162. 1963.
- (59) P. R. MAY, M. WEXIER Y col.: «Non-verbal techniques in the re-establishment of body image and self-identity: A preliminary report». *Psychol. Res. Rep.* 16. Pág. 68. 1963.
- (60) S. P. SPRINGER, G. DEUTSCH: «Left Brain Right Brain». Freeman. N. Y. 1981.
- (61) J. M. ANKER, R. P. WAISH: «Group Psychotherapy: A special activity program and group structure in the treatment of chronic schizolrenia». *J. Consult. Psychol.* 25. Pág. 476. 1961.
- (62) W. H. COONS: «Interaction & Insight in grouppsychotherapy». *Can. J. Psychol.* 11. Pág. 1. 1957.
- (63) H. FEIFEI, A. D. SCHWARTZ: «Group Psychotherapy with acutely disturbed psychotic patients». *J. Consult. Psychol.* 17. Pág. 113. 1951.
- (64) F. D. JONES, H. N. PETERS: «An experimental evaluation 01 group psychotherapy». *J. Abnorm. Socio Psychol.* 47. Pág. 345. 1952.
- (65) P. R. MAY Y col.: «Non verbal techni' ques ... » Icitado con el núm. 59).
- (66) V. GOERTZEL, P. MAY Y col.: «Body-ego technique: An approach to the schizolrenic patients». *J. Nerv. Ment. Ois.* 141. Pág. 53. 1965.
- (67) M. WILLIAMS Y col.: «An evaluation 01 an intensive group living program with schizolrenic patients». *Psychol. Moug.* 76. Pág. 543. 1962.
- (68) M. GOIDBERG Y col.: «Comparative effectiveness 01 analytic and psycho-dramatic group therapy with psychotics». *Int. J. Group Psychot.* 5. Pág. 367. 1955.
- (69) R. O. BORING: & H. L. DEABIER: «A simplified psychodramatic approach in group therapy». *J. Clin. Psychol.* 7. Pág. 4. 1951.
- (70) G. S. HARROW: «The effects 01 psychodrama group therapy on the behavior 01 schizolrenic patients». *Int. J. Group Psychot.* 3. Pág. 316. 1951.
- (71) P. F. BOWERS Y col.: «Utilization of non-verbal exercises in the group therapy 01 outpatient cronic schizolrenics». *Int. J. Group Psychother.* 24. Pág. 13. 1974.
- (72) R. E. SHUTTLEWORTH: «psychodrama in the rehabilitation 01 cronic patients». Sell and Society. 1. Pág. 7. 1973. London.
- (73) S. JENNIGS: «Terapia Creativa». Ed. Kapelusz. Bs. As. 1979.
- (74) J. G. ROJAS-BERMÚDEZ: «El Objeto Intermediario». *Cuadernos de Psicoterapia*. XIII-XIV. Páginas 1-2. Ed. Genitor. Bs. As. 1978-79.
- (75) P. BOUR: «El Psicodrama y la Vida». Ed. Biblioteca Nueva. Madrid. 1977.
- (76) M. T. AKAHISA: «La esquizolrenia crónica a través del Psicodrama». *Cuadernos de Psicoterapia*. 7 y B. Ed. Genitor. Bs. As. 1973.
- (77) F. KRAOPI T AYIOR: «Un análisis de la psicoterapia grupah». Ed. Cepe. 1975.
- (78) Sidney SIEGEL: «Estadística no para métrica aplicada a las ciencias de la conducta». Ed. Trillas. México. 1972.
- (79) 'J. PORTUONDO: «El psicodiagnóstico de Rorschach y la esquizofrenia». Ed. Biblioteca Nueva. Madrid. 1972.
- (80) E. P. TORRANCE: «Sociometric techniques for diagnosing group ills», en *Sociometry and the science of mano* Pág. 341. Ed. Beacon House. N. Y. 1956.
- (81) J. F. MUIDOON: «The concentration 01 liked and disliked members in groups and the relationship of the concentrations to group cohesiveness». *Sociometry*. 1955. 18. Págs. 73-81.
- (82) T. B. LEMANN Y R. L. SOIOMON: «Group characteristics as revealed in sociometric patterns and personality ratings». *Sociometry*. 1952. 15. Páginas 7-90.
- (83) L. WVNNE Y col.: «pseudomutuality in the family relations 01 schizolrenics». *Psychiatry*. 21. Pág. 205. 1958.
- (84) V. CERVINKA: «A dimensional theory 01 groups». *Sociometry*. 1948. 11. Págs. 100-107.

(85) N. POIANSKY Y col.: «The use af near-sociometric data in research on group treatment proceses». *Sociometry*. 1950. 13. Págs. 39-62.

(86) S. FESSENDEN: «Perseveration of group attitude»). *Sociometry*. 1949. 12. Págs. 321-325.

(87) FANCHEUX Y MOSCOVICI: En *Metodologia de las Ciencias Sociales*. R. Boudon y P. Lazarsfeld. Ed. Laia.

(88) R. F. BAIES: «Interaction Process Analysis». Cambridge. Massachusetts. AddisonWesley Press. 1950.

(89) E. F. BOAGATTA: «On the classification of groups»), en *Sociometry and the Science of Man*. Pág. 409. Ed. Beacon House. N. Y. 1956.