

PSICODRAMA EN UNA UNIDAD DE PSICOTERAPIA PSYCHODRAMA ON A UNIT OF PSYCHOTHERAPY

Francisco Gómez Holgado¹

Juan José Beloso Roperó²

Unidad de Psicoterapia. Área de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental del H. U. 12 de Octubre de Madrid,

España.

Resumen

En este trabajo se presenta una terapia de grupo psicodramática con pacientes con diagnóstico de trastorno mental grave, realizada en el contexto de la Unidad de Psicoterapia del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, España. El objetivo de los autores es doble: por un lado mostrar la utilidad del enfoque psicodramático grupal en el tratamiento del trastorno mental grave y, por otro lado, ilustrar la experiencia personal y didáctica que supone para profesionales en formación la participación en la dinámica grupal como observadores activos.

Palabras clave: *Psicodrama. Terapia de Grupo. Trastorno Mental Grave. Unidad de Psicoterapia*

Summary

This work presents a psychodramatic group therapy with patients with a diagnosis of severe mental disorder, conducted in the context of the Unit of Psychotherapy of the Psychiatry Service of the University Hospital 12 de Octubre in Madrid, Spain. The goal of the authors is twofold: on the one hand show the utility of the approach psychodramatic group in the treatment of severe mental illness and, on the other hand, illustrate the personal experience and didactic than assumed for the professionals in training the participation in the group dynamics as active observers.

Key Words: *Psychodrama. Group Therapy. Severe Mental Illness. Psychotherapy Unit*

¹ Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.

² Psicólogo Clínico. Psicodramatista. Tutor de los Especialistas de Psicología Clínica en formación de la UDMSM del H. U. 12 de Octubre de Madrid (España). jbelloso@salud.madrid.org

“...Pero esta pasión, este revelamiento de la vida en el dominio de la ilusión, no opera como una renovación de sufrimiento, sino que confirma la regla: toda verdadera segunda vez es la liberación de la primera”.

Jacob Levy Moreno

Introducción

Hemos querido iniciar este trabajo con esta hermosa cita de Moreno (Cukier, 2005), que alude a la definición del proceso de dramatización que tiene lugar en el psicodrama grupal, porque consideramos que el proceso de escribir este artículo constituye otra *segunda vez*, en la que más serenamente y con cierta distancia, revivimos (y reflexionamos) un ciclo completo de terapia grupal psicodramática con pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) en una Unidad de Psicoterapia.

Son muy abundantes los textos didácticos donde se ofrece una visión teórica y necesaria del psicodrama (Ramírez, 1997; Cukier, 2003; Herranz, 1999; Moreno, 1967, 1978; Reyes, 2007; Rojas-Bermúdez, 1966) pero no es éste el objetivo de este trabajo. Nuestra pretensión es, por un lado, mostrar el proceso terapéutico desde lo vivencial, tanto desde la óptica de los pacientes que han completado el proceso, como desde los terapeutas y coterapeutas que han dirigido el grupo. Es por ello que destacaremos los principales temas o emergentes grupales que han brotado en las sesiones, las viñetas clínicas más representativas de los mismos y la experiencia intensa que ha supuesto para residentes de Psicología clínica y Psiquiatría la inmersión en un grupo psicodramático ejerciendo papeles de yo auxiliar.

Por otro lado, pretendemos reivindicar la utilidad y potencia de la estrategia psicodramática grupal en el tratamiento de los pacientes con diagnóstico de TMG. Consideramos que el psicodrama es una herramienta de intervención muy útil en todos aquellos ámbitos donde se realiza un trabajo intensivo y continuado con pacientes graves (Álvarez Valcarce, 1984; Espina Barrio, 1989; Belloso, 2013, 2014; Roig, 2010).

El contexto de la terapia es el de una Unidad de Psicoterapia (UDMSM ³, 2013) localizada, principalmente, en el espacio físico de las consultas ambulatorias, en horario de tarde, del Servicio de Psiquiatría del H. U. 12 de Octubre de Madrid. Esta joven Unidad, que apenas cuenta con dos años de andadura, surgió a propuesta del Dr. Jiménez Arriero, director del Área de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental, con una finalidad principalmente didáctica e investigadora, dirigida a los residentes de Psicología Clínica y Psiquiatría del Servicio de Psiquiatría. En este proyecto participan psicólogos clínicos de diferente orientación (dinámica, cognitivo-conductual, integradora, etc.), tanto con población adulta como infantil, con variada psicopatología y enfoques terapéuticos individuales y grupales, siendo su coordinador el psicólogo clínico Jesús Fernández Rozas.

Entre los muchos proyectos asistenciales desarrollados se planteó y fue aceptado finalmente, el desarrollo de una psicoterapia grupal psicodramática clásica, como espacio asistencial y formativo, donde los residentes pudieran aprender de forma vivencial y participativa el trabajo de este enfoque.

A continuación, procederemos a desarrollar el trabajo clínico realizado en un programa de psicoterapia de grupo de psicodrama en pacientes con trastorno mental grave (TMG). Esta exposición será redactada desde una vertiente clínico-experiencial, a tenor con la filosofía vivencial de la terapia psicodramática. Constará de tres partes. En primer lugar se establecerá una contextualización del programa psicoterapéutico, para poder ubicar qué se hace, dónde se hace y con quién se hace. Posteriormente se analizarán cuáles han sido los principales emergentes terapéuticos del grupo de psicodrama, poniendo el énfasis más en aspectos comunes de los participantes que en la idiosincrasia psicopatológica. Unas viñetas clínicas, más adelante, facilitarán al lector captar la potencia terapéutica de esta experiencia psicodramática. Finalmente, relataremos, en primera persona, la vivencia de un residente de Psicología Clínica, autor principal de este trabajo, como participante del grupo de psicodrama, como ego auxiliar y doble.

³ Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental

Contextualización

Esta experiencia clínica de terapia de grupo de psicodrama en paciente TMG se llevó a cabo en el Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (AGCPSM) del Hospital Universitario Doce de Octubre, en la Comunidad Autónoma de Madrid. El horario de la terapia de grupo era de tarde y la periodicidad quincenal. El programa, en su totalidad, ha constado de veintiuna sesiones, desplegadas desde septiembre del año 2013 hasta junio del 2014, siendo la duración de las mismas de noventa minutos.

La psicoterapia grupal supuso la conjunción de un máximo de ocho pacientes, siete mujeres y un varón. El paso del tiempo y la evolución terapéutica redujo estadísticamente el grupo hasta un núcleo de cinco personas, que presentaban una asistencia regular a la experiencia clínica. El epígrafe psicopatológico que representa el denominador común de todos estos participantes es el de Trastorno Mental Grave (TMG), aunque la variedad y realidad diagnóstica es más compleja: Esquizofrenia paranoide, Trastorno Delirante, Trastorno Psicótico N. E., Trastorno de la Personalidad, Trastorno de la Conducta Alimentaria, Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Trastorno Dismórfico. Cinco de los pacientes se encontraban en situación de Incapacidad Laboral secundaria a su psicopatología, y tres habían precisado ingresos psiquiátricos previos en Unidad de Agudos. Todos los pacientes provenían de consultas individuales de psicoterapia de los dos autores de este trabajo, proponiéndoseles su participación en el grupo debido a la escasa evolución y/o estancamiento que mostraban en el encuadre individual.

Profesionalmente, había dos tipos de participantes. Por un lado destaca la presencia de un psicólogo clínico (J. J. Belloso), que desempeñaba labores de director psicodramático, y, por otro lado, la presencia de residentes, de Psicología Clínica (F. Gómez Holgado: PIR de 4º año) o de Psiquiatría (Sergio Puerta y Helena Fernández: MIR de 1º y 4º año), que ayudaban desde tareas asociadas a roles como el de ego auxiliar o doble.

Desde un punto de vista intrasesión, la estructura de la terapia de grupo ha sido muy fiel al paradigma de actuación psicodramática. Una primera fase de caldeamiento, catalizadora de una movilización emocional, daba paso a una etapa de acción donde, a través de una representación psicodramática, los participantes trabajaban aspectos intrapersonales apoyados en la potencia relacional del grupo, la vivencia del aquí y del ahora y la intensidad de la terapéutica experiencial. Por último, una fase de participación daba lugar a un lugar de encuentro, en el cual los pacientes compartían experiencias, pasadas o presentes, relacionadas con la escena psicodramática, a la par que se seguían principios básicos de respeto y no intromisión. Una vez acabada la sesión de terapia de grupo psicodramática se llevaba a cabo una sesión postgrupo, en la cual participaban los profesionales sanitarios (esto es, director de grupo y residentes). Los principales acontecimientos del encuentro psicoterapéutico, así como las conclusiones más avizadas de la supervisión postgrupal, quedaban reflejados en un resumen individual de cada terapeuta.

Emergentes terapéuticos

De entre todos los temas surgidos a lo largo de las más de veinte sesiones de terapia hay cinco que pudieran ser catalogados como emergentes terapéuticos, debido a su capacidad para sintetizar la inmensidad de la problemática psicológica de los distintos participantes. Dichos emergentes serían:

· El miedo a no ser aceptado por los demás.

Los pacientes, en su mayoría, exhibieron patrones cognitivos, afectivos y conductuales, tanto en el plano intrapersonal como en el relacional, marcados por el temor a ser rechazados por sus iguales o por personas significativas. La terapia psicodramática permitió el vislumbramiento de eventos interpersonales que funcionaron como gérmenes de estas angustias. Estas escenas relacionales tenían que ver con vivencias en la relación con los padres donde los participantes, siendo niños, introyectaron imágenes y creencias totalmente devaluadas de su propia autoimagen. Frases como

“no puedes”, “no eres lo suficiente” o “a ver si cambias” fueron repetidas hasta la saciedad en la experiencia grupal psicodramática. Estos miedos, de naturaleza arcaica, se proyectan una y otra vez, de manera desactualizada, en el presente y en relaciones contextualmente no congruentes con esas experiencias dramáticas. Así pues, el miedo a ser juzgado por compañeros, a perder la pareja o a no dar la talla emergen continuamente en la cotidianidad de los participantes.

· ***El miedo a expresar la queja o el enfado.***

En íntima relación con lo previamente desarrollado, se puede apreciar también en los pacientes una reticencia a comunicar directamente una molestia, sobre todo si la diana relacional es una persona significativa (por ejemplo, un padre o una pareja). La toma de contacto con el enfado, emoción, en este caso primaria y adaptativa, para poder realizar un ejercicio de empoderamiento y reafirmación, se torna algo peligroso. El enfado, verbal y no verbal, al suponer un acto de puesta de límites y de reajuste de distancia de apego, activa el fantasma de la separación y el horror del abandono. Los participantes de la experiencia psicodramática, de manera paulatina, pudieron ir entrando en contacto con estas vivencias emocionales y estas plantillas relacionales. La no verbalización directa de esta emoción primaria y adaptativa da lugar a la formación de síntomas que actúan como señuelos y distractores de lo nuclear de cada uno de los pacientes, todo ello a través de un juego de comunicaciones indirectas.

· ***Perfeccionismo o el miedo a equivocarse.***

El temor a errar, a lo inconcluso o a lo estética o éticamente no impoluto alcanza, psicopatológicamente, sus cotas más elevadas en el grupo con construcciones nosológicas del tipo de “Trastorno Obsesivo-Compulsivo” o “Trastorno Dismorfofóbico”. Los participantes, en una suerte de insight, no sólo alcanzan a ser conscientes de lo repetitivo y contraproducente de sus conductas sino,

además, del plano relacional de las mismas. El miedo a equivocarse se traduce, como comunicación indirecta, en ansiedad por no cumplir las expectativas de un tercero, casi siempre un padre o una pareja. La inseguridad y la culpabilidad asociada a estas respuestas compulsivas actúan como emociones secundarias, claramente desadaptativas, que impiden a través de sutiles circuitos de evitación experiencial el contacto pleno con vivencias de tristeza o de enfado, entre otras. Es más fácil, se concluye en las participaciones grupales, reasegurarse que reafirmarse, so pena de activar conflictos vinculares que amenacen la estabilidad de los sistemas familiares. A través de la duda patológica se evita también una individuación completa y una asunción de responsabilidades adecuadas con el momento evolutivo de la persona.

· ***Asuntos inacabados.***

Como ya puede desprenderse de los anteriores puntos es comprensible la existencia de vivencias dramáticas en las experiencias relacionales de los pacientes de esta experiencia grupal. Debido a razones de desarrollo (ser demasiado joven, por ejemplo) o a motivos psicopatológicos (estar demasiado hiperactivado, por ejemplo) muchas interacciones con figuras significativas no lograron finalizar con éxito, en términos de apego. Así pues, la puesta de límites asertiva o la petición de apoyo incondicional se ha estancado en estos pacientes, actualizándose una y otra vez en el aquí y el ahora de manera desadaptativa en todos los roles de la persona (mujer, madre, pareja, trabajadora, etc.). Es notorio como estas acciones truncadas tienen como destino en la mayoría de los casos uno de los dos padres o bien la pareja la actual, en un claro problema de apego que, afortunadamente, trasciende la cerrazón del síntoma. Como es de esperar, la experiencia clínica psicodramática permite resolver estos asuntos inacabados con participantes que apoyan estas vivencias de reestructuración, ya sean como egos auxiliares o como dobles.

· Ambivalencia.

La enorme intensidad emocional depositada en el síntoma urge a los pacientes a buscar una solución. De manera congruente con esta meta, totalmente legítima, dan con sus huesos en esta terapia de grupo de psicodrama. Sin embargo, es aquí cuando entienden el síntoma como una realidad compleja, con sofisticados intrincados intrapsicológicos y relacionales. La tecnología psicodramática, a través de una filosofía de “actuar más que de hablar” coloca a los participantes en la paradoja del cambio. Por ejemplo, abrazar el error supondría la disolución del Trastorno Obsesivo-Compulsivo pero se corre el riesgo de no satisfacer las expectativas de una madre muy exigente. O, en otro ejemplo, el enfado, como antídoto de la desesperanza depresiva tendría la contrapartida de remover intensamente los roles del paciente, pudiendo invocar el fantasma de la soledad. Renunciar al control, en un ejemplo final, da lugar a una experiencia más relajada y espontánea del aquí y del ahora pero, paradójicamente, supondría la movilización de angustias propias de un mayor empoderamiento. Uno de los juegos psicodramáticos realizados (Población, 1997) instó al grupo a visualizar corporalmente el peso de las mochilas que todos trasladamos a nuestras espaldas. Esto permitió ser consciente de las piedras que trasladamos al tiempo que nuestra resistencia a abandonarlas, ya que, metafóricamente, las “piedras de la mochila” no están tanto tiempo en la mochila de cada persona por razones azarasas.

Como ejemplo directo de estos emergentes grupales y de cómo la experiencia terapéutica psicodramática es capaz de reestructurar todas estas vivencias intrapersonales e interpersonales se presentarán a continuación tres escenas de trabajo psicodramático de este programa.

Viñetas clínicas

1º Escena psicodramática

La primera experiencia psicodramática escogida ha sido una escena protagonizada por X. Es una mujer de mediana edad, casada, trabajadora y madre de dos hijos. Padece, desde hace años, una sintomatología de carácter ansioso-depresivo, que ha adquirido, en ocasiones, tintes de Trastorno Depresivo Mayor. Más importante que el pasado psicobiográfico y de historial psiquiátrico de X es la vivencia del aquí y del ahora que puede representar en su escena psicodramática. Dicho trabajo terapéutico tuvo lugar en la sesión número quince y adoptó la metodología de la “foto familiar”. La foto familiar es una técnica psicodramática en la cual se le invita a un protagonista a que plasme a través de una escultura corporal un instante vivencial de su realidad familiar pasada (Reyes, 2005).

En este caso, X eligió trabajar un momento en el cual, con dieciocho años, estaba a punto de ir a su primer viaje. Un amigo se ofreció a inmortalizar ese allí y entonces, en el cual estaban presentes, además de X (hija única), su madre y su padre. X eligió a varios compañeros y residentes para los diferentes papeles (esto es, de madre, padre y amigo). Otra participante, por su parte, actuó como doble de X.

Además de la técnica de la escultura se emplearon otras tecnologías psicodramáticas, como el uso de soliloquios (Egido, 2004), que permitió a los personajes comunicar su experiencia en dicho ejercicio corporal. Así pues, X fue capaz de expresar su alegría y excitación por ese instante y de escuchar comentarios cálidos como el de su padre (ya fallecido) del tipo de “*estoy cómodo y contento con mi hija*”. No obstante, X también pudo conectar con vivencias más desagradables al oír, por ejemplo, verbalizaciones prejuiciosas por parte de su madre, tales como “*de buena pareces tonta*”. La técnica psicodramática permitió a X experimentar emociones de alegría y sentimientos de amor y conexión hacia su padre y, a la par, emociones de tristeza y culpabilidad en relación a lo dicho por su madre. Esta vivencia, tanto en el plano intrapersonal como en el relacional, le era muy conocida a X.

Sin embargo, la escena psicodramática tuvo la suficiente potencia psicoterapéutica para, no sólo favorecer un ejercicio de integración experiencial, sino, además, poder reestructurar la vivencia relacional y tener una oportunidad de cambiar el esquema emocional de autodevaluación de X (*"toda verdadera segunda vez es la liberación de la primera"*). Con el apoyo incondicional del grupo X fue capaz de contactar con su enfado, ante las afrentas de su madre, y poder verbalizar comentarios dirigidos hacia una puesta de límites (*"no me tienes por que hablar así"*) y sustentados por la reafirmación (*"tengo derecho a que me apoyen"*). El experimentar este enfado elevó a X por encima de su tristeza habitual, a esa emoción secundaria y desadaptativa, otorgándole un empoderamiento hasta entonces desconocido e incompatible con su desesperanza y desidia crónica.

Merece la pena resaltar la aportación inestimable del doble, como participante que ayudó al ajuste de la experiencia con la palabra y que verbal y no verbalmente supuso una sólida base que permitiera una expresión saludable y valiente del enfado.

2º Escena psicodramática

La segunda escena psicodramática se produjo en la sesión catorce y tuvo como protagonista a Y. Es una mujer de veintinueve años de edad, soltera, sin hijos, que aún vive con sus padres y que trabaja como publicista en una empresa de marketing. En la actualidad padece síntomas psicóticos que se manifiestan como delirios autorreferenciales de prejuicio, con creencias de que la gente habla mal de ella. Y elige trabajar un asunto inacabado (Cukier, 2003). En particular, y usando la metodología de la silla vacía, desea hablar con su padre sobre cómo ciertos comentarios despectivos por su parte la hirieron profundamente. Es una conversación que es deseada pero también continuamente postergada.

El primer paso de este trabajo psicodramático fue que Y tomara contacto con las verbalizaciones negativas de su padre, sobre todo del impacto emocional que genera en ella en el aquí y el ahora. El miedo, ante el tono brusco del padre, hizo su aparición. Dicha sensación, tras un proceso de experimentar, dejó paso a la tristeza, ante la noción de la falta de apoyo y de aceptación percibidas.

Pero, con paciencia, Y pudo establecer conexión con el enfado, debido a lo ofensivo e injusto de la situación. Fue, precisamente, el hacerse cargo de este estado emocional lo que facilitó un empoderamiento de Y, totalmente incompatible con sus reacciones paranoides.

A partir de entonces Y fue capaz de verbalizar a sus padres frases tan contundentes como *“no tenías por qué hablarme así”, “no soy una enferma mental”* o *“trátame como una adulta”*. Este nuevo registro, el de comportarse asertivamente como independencia del pensamiento o criterio de los demás, provocó en Y una sensación de inquietud, casi de vértigo. En este caso, debido a lo emotivo de la escena, fue el director del grupo el que se ofreció como acompañante de la tarea. Entre temblores Y tuvo la valentía para apropiarse de necesidades tan personales.

Rizando el rizo, una técnica de inversión de roles (asumir el del padre) permitió a Y ir más allá de la sana expresión de la molestia y poder empatizar con su padre, comprendiendo que toda su conducta de exigencia e intromisión no era sino el reflejo de dificultades personales y la manifestación de su gran amor hacia ella. No obstante, Y pudo verbalizar un *“te comprendo, te quiero, pero así no quiero que me cuides”*. La escena finalizó con un nuevo ejercicio de reafirmación por parte de la paciente, al plantearse poder llevar a cabo esta experiencia en la vida real pero cuando ella se sienta más estable psicológicamente. Semanas más tarde, comunicó al grupo que había decidido hablar con su padre y compartió con todos la experiencia *“real”*. La escena psicodramática representada previamente, no solo fue un ejercicio liberador y reparador, sino que se constituyó en un ensayo de una conducta deseada pero difícil de llevar a cabo.

3º Escena psicodramática

La última escena psicodramática elegida por motivos divulgativos y clínicos para representar la esencia de este programa de terapia de grupo psicodramática tiene como protagonista a Z. Es una mujer de treinta años, sin hijos, casada y actualmente desempleada. Presenta una sintomatología coherente con un trastorno por dismorfofobia, con una percepción negativa exagerada de cicatrices de acné facial y constantes conductas de comprobación y de manipulación cutáneas. La tarea

psicodramática gira en torno a una situación real, vivida por la paciente con su pareja y una dos amigos.

En la escena representada, Z, lejos de disfrutar de una plácida y satisfactoria velada en casa de unos amigos, tiene que afrontar estresores varios, como la desestabilización anímica de la pareja de su amigo, funcionando como consoladora, la dejadez de los varones, con un estilo de respuesta inhibido con respeto a la expresión de la queja, y, como colofón, un incidente doméstico donde el vino ofrece su versión más antihigiénica. Varios participantes del grupo representaron varios roles: Pareja de Z, amigo, pareja del amigo, la dismorfofobia, etc.

La protagonista, Z, exhibió una pauta típica de su comportamiento relacional, al evitar el conflicto abierto con los varones y volcarse en la sobreprotección de una supuesta figura de debilidad. Z pudo transitar de la pasividad, la resignación y la ironía a cierto nivel de molestia (*"Se quitaron de en medio... luego tenía ganas de estrangularlos"*, lo dice entre risas), pero sin entrar de lleno en un enfado saludable. Por otro lado, el contacto con una emoción menos movilizadora, coherente con su papel secundario en las relaciones, como podía ser de tristeza, la hacía a través de una identificación con la persona desvalida de la novia de su amigo.

Aunque el experimentar de Z en esta escena psicodramática no fue total sí le permitió cierta consciencia de cómo la dismorfofobia es una estrategia para la autorregulación y la regulación relacional. Z alude que el problema psicológico siempre le ayudó con su introversión caracterial, funcionando como vía de escape. Además, para más inri, fue esa noche, aquella en la cual no se permitió el lujo de expresar sus emociones primarias, el inicio de una recaída en la intensidad de la sintomatología compulsiva. Finalmente, Z captó lo metafórico de la escena psicodramática, donde las manchas de vino que tanto la irritaron se conectaron con las manchas de su cara que trata de maquillar.

A lo largo de las veintiuna sesiones se produjeron muchas más escenas psicodramáticas. Hemos querido representar las más impactantes y decisivas para la marcha del grupo. Es difícil no poder ver

tras las escenas el trabajo reparador y liberador sobre heridas carenciales y opresivas (Herranz, 2012), que lastran la vida, instando a repetir las mismas conductas defensivas una y otra vez, en un intento de adaptación en el contexto de la sintomatología.

Experiencia personal

El ofrecimiento de participar en una terapia de grupo psicodramática, por parte de Juan José Belloso Roper, Psicólogo Clínico, fue toda una oportunidad. Es curioso cómo, desde una Psicología Oriental, semánticamente, la palabra “oportunidad” y la palabra “crisis” representan las dos caras de una misma moneda. Es entonces, de corazón, cuando puedo expresar cuán oportuno y valioso fue esa invitación para mí, así como toda la experiencia terapéutica/personal que sucedió a partir de entonces. Fue terapéutica ya que, en lo profesional, y en categoría de Psicólogo Interno Residente, el aprendizaje teórico y clínico que ha conllevado este programa de terapia grupal fue más que notorio. Y fue personal ya que, aparte de “Psicólogo PIR” o de “psicoterapeuta”, mi realidad supone la constelación de muchos más roles. Las directrices de ajustarse, como “aprendiz”, a roles de “ego auxiliar” o “doble” transmutaron de un guion rígido a una realidad difusa. Afortunadamente difusa.

Desde el primer día, insisto, y a pesar de mi condición de “residente”, me fue imposible no contactar con la esencia y la potencia vivencial de la práctica clínica del psicodrama. Mi propia movilización emocional no se limitaba a la participación en ejercicios de caldeamiento. La evolución de la psicoterapia dio paso a un lugar de encuentro íntimo, donde pacientes y profesionales superaban las falsas dicotomías de la ayuda tradicional y emergían como personas en busca de los ingredientes de la integración y la sanación: autenticidad, espontaneidad, flexibilidad y creatividad (Gómez, 2014). El aura de apoyo incondicional y de no juicio me salpicó, y lenta y sinuosamente fui contactando conmigo mismo. Todos y una cada uno de los problemas de los participantes, todas esas “piedras de la mochila”, me resonaban, en mayor o menor medida. La complicidad del compartir hizo que entrara en carne viva al grupo, siempre con la supervisión del director.

Y fue así como, de una manera casi mágica, me vi como uno más en ese encuentro humano. Ahora, a modo de balance, no cabe duda de que si soy mejor persona, si soy capaz de querer más a mi niño interior, es gracias a esta experiencia grupal. De manera secundaria (quizá hasta terciaria), puede que todo esto me haya supuesto un salto cualitativo en mi formación como psicoterapeuta. Puede ser, tan sólo es una intuición, que la magia del psicodrama sea esa: la perspectiva y la realización de otros roles. En mi caso, soy más que un psicoterapeuta. Y eso se lo debo, a los participantes del grupo, a mis compañeros residentes y, especialmente, al director del grupo.

Me gustaría cerrar este capítulo con una pequeña viñeta del día de mi despedida en el grupo, en clave de humor:

T (Terapeuta): *"...y me he dado cuenta de que no hay diferencias entre nosotros (profesionales) y vosotros".*

Y (Paciente): *"Sí que la hay. Vosotros estáis peores".*

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez Valcarce, P. (1984). El psicodrama en la unidad de agudos del hospital psiquiátrico. Aspectos técnicos diferenciales. *Informaciones Psiquiátricas*. (95), pp. 65-82.

Espina Barrio, J. A. (1989). Aproximación psicodramática a las psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. IX. Nº 29, pp. 219-228.

Belloso, J. J. (2013) Terapia de grupo con trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de Psicoterapia y Psicodrama*. Vol. 2, nº 1. Pág. 9-31

Belloso, J. J. (2014). Intervención psicoterapéutica en primeros episodios psicóticos: un programa de tratamiento en una unidad de transición. *Clínica Contemporánea* (En prensa).

Cukier, R. (2003). *Psicodrama Bipersonal. Su técnica, su terapeuta y su paciente*. Buenos Aires: Ágora.

Cukier, R. (2005). *Palabras de Jacob Levy Moreno. Vocabulario de citas del psicodrama de la psicoterapia de grupo, del sociodrama y de la sociometría*. Sao Paulo: Ed. Ágora.

Egido, M. A. (2004). Técnicas en psicodrama. En T. Herranz, T. (coord.). *Psicodrama clínico. Teoría y práctica* (pp.117-131). Madrid: Ciencias Sociales.

Gómez, F. (2014). Sembrando flexibilidad, compasión y aceptación: Cuatro meses en la UFIP. *Boletín de Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental de Hospital Universitario Doce de Octubre* [revista en Internet]. 36, (pp. 15-16). <http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria>

Herranz, T. (1999). *Psicoterapia psicodramática individual*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Herranz, T. (2012). El final de un principio. *Revista de Psicoterapia y Psicodrama*. Vol.1, nº1. Págs. 77-87.

Moreno, J. L. (1967) *Las bases de la psicoterapia*. Buenos Aires: Ed. Horme.

Moreno, J. L. (1978). *Psicodrama*. Buenos Aires: Ed. Horme.

Población Knappe, P. (1997). *Teoría y práctica del juego en psicoterapia*. Madrid: Ed. Fundamentos.

Ramírez, T., J. A. (1997). *Psicodrama. Teoría y práctica*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Reyes, G. (2005). *Psicodrama. Paradigma, teoría y modelo*. Santiago de Chile: Ed. Cuatro Vientos.

Reyes, G. (2007). *La práctica del psicodrama*. Santiago de Chile: RIL editores.

Roig, P. (2010). Psicoterapia psicodramática grupal. De la práctica a la teoría. *Clínica Contemporánea*.

Vol. 1, n.º 3, Págs. 225-237

Rojas- Bermúdez, J. G. (1966). *¿Qué es el psicodrama?* Buenos Aires: Genitor.

UDMSM (2013) *Guía docente de Psicoterapia*. Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del H. U. 12 de Octubre de Madrid. <http://www.madrid.org/hospital12octubre/psiquiatria>