

La enseñanza de la relación terapéutica: de la Clase Magistral al Seminario Activo con Juego de Roles

José Antonio ESPINA BARRIOS

RESUMEN

Se describe un Seminario Activo con Juego de Roles acerca de la Relación Médico-Paciente, con estudiantes de medicina y psicología, médicos en formación y personal asistencial en activo. Lo anterior sirve de pretexto para realizar una crítica de la enseñanza tradicional imperante, todavía en los ambientes universitarios de España.

SUMMARY

To describe an Active Seminar with Role-playing about the Relationship between Doctor and Patient. It was featuring with medical and psychological students, training doctors and the hospital staff. Thus, there is an occasion to make our criticism about the traditional system of education in the Spanish University which is still applied.

PALABRAS CLAVES

Clase Magistral. Enseñanza Tradicional. Relación Médico-Paciente. Seminario Activo. Juego de Roles.

KEY WORDS

Magistral Class. Traditional Education. The Relationship Doctor and Patient. Active Seminar. Role-playing.

1. INTRODUCCION

1.1. Origen del artículo

Las bases de este capítulo se encuentran en el encargo que nos hizo la Comisión de Docencia, de la institución en que trabajo. Este consistía en recepcionar a los alumnos de medicina y psicología, que iban a realizar prácticas en el verano de 1984. Usualmente se les proporciona algún tipo de enseñanza, pues la docencia general se suspende durante la época estival.

Se nos planteaba la posibilidad de dar algunas nociones de psicopatología al estilo tradicional. Esto es, la típica «Lección Magistral» de la que nuestra Universidad aún no ha sabido salir. Todo consistía en la exposición, por parte del «omnipotente» ponente, de un tema, a través del cual transmite a los «pasivos» edu-

candos todo su saber. Este es acumulado en el intelecto de los alumnos que lo reciben, sin asomo de crítica, como «arcas de conocimiento», aspecto este que cuestiona FREIRE a lo largo de toda su obra. Evidentemente este cariz bancario de la enseñanza no nos satisfacía en absoluto.

Otra alternativa era la realización de unas «Clases Prácticas». Habitualmente se entiende por tales el traer a unos pacientes, que no por casualidad son siempre los mismos, y organizar un «show» preguntándoles cosas de las que ya sabes —induces las respuestas o dejando a los alumnos que pregunten— induzcan los síntomas. No creemos necesario mencionar el poco aprecio que esta idea nos merece, a pesar de la fascinación seductora que en los alumnos ejercen estas exhibiciones y que, a nuestro entender, no son más que el reflejo de la relación ponente-paciente exhibido.

Tampoco estimábamos conveniente la mera exposición verbal de diversas «Historias Clínicas», ya que tratábamos de ir más allá de un acercamiento racional al ser humano enfermo. Intentábamos estimular a los participantes para que alcanzaran a comprender y, sobre todo, a vivir los dinamismos inherentes a un acercamiento al individuo enfermo, incluso fuera del ya amplio y confuso campo de la psiquiatría.

1.2. Metodología

Una vez descartados aquellos aspectos de la metodología de la enseñanza y sus motivaciones que no seguimos, vamos a resumir las directrices que más adelante pormenorizaremos.

Puesto que el fin del Seminario no era una elaboración teórica sino una preparación o mejor aún una mirada a aquellos aspectos que la carrera no proporciona, pensamos seguir un método contrario a la «Lección Magistral». En esencia se trata del «Seminario Activo», que ya se ha realizado en nuestra institución, consiste en erigir en ponentes a los participantes y en

pasar al ponente del «status» de profesor al de coordinador animador del Seminario.

El objetivo de trabajar «el campo dinámico de la relación médico-paciente», como dice LUCHINA (1), y evidenciar los aspectos de la «medicina-médico» nos llevó a añadir otra actividad al Seminario. Sin embargo, ésta no fue la de los «Grupos Balint» de médicos, ya que, basados en nuestra experiencia en tales grupos, no son superponibles con un grupo de formación; por más heterogéneo que éste sea, y el nuestro, como más adelante veremos, lo fue.

Nuestra formación como psicodramatistas nos inclinó por un «Juego de Roles», técnica ya explicitada por J. L. MORENO (2) y que han utilizado otros psicodramatistas como A. A. SCHUT ZENBERGER (3, 4) y algunos como los LEMOINE (5) con alusiones claras al Grupo Balint. No vamos a referirnos al sentido antropológico de los roles en la teorización de MORENO, desarrollada en sus obras (2, 6) y que E. GARRIDO resume en sus tesis (7), ya que sale de los límites de este escrito.

El tipo de Juego de Roles, que se propuso el grupo, recoge los aspectos espontáneos y pedagógicos morenianos, poniendo el énfasis en el aquí-ahora de la relación, bien sea ésta pasada, actual o imaginaria. Abarca algunos aspectos de los Grupos Balint, como el análisis de la contratransferencia, pero limitándolos a la relación y sin profundizar en los aspectos edípicos inconscientes, como hacen los Lemoine.

1.3. Fines del Seminario y del artículo

Se intentó realizar una aproximación a la relación Médico-Paciente, con participación activa de los integrantes en la elaboración teórica; abordando la relación terapéutica con la espontaneidad y riqueza que proporciona el Juego de Roles, de una forma *casi* real, pero muy lejos de la exhibición *forzada* de un paciente o de las racional-

zaciones que acaecen en una presentación verbal.

Si lo anterior se refiere a las metas del Seminario, las del artículo se pueden cifrar en la importancia que tienen los métodos activos en la docencia y en la formación, sin necesidad de recurrir a sofisticados medios tecnológicos, ni a métodos pedagógicos periclitados. La lectura de lo que sigue y su posterior discusión nos darán suficientes argumentos para valorar esta Introducción. No obstante, adelantamos que no nos mueve ningún afán de descubrimiento, ya que los instrumentos utilizados no son nuevos; lo que queremos recalcar es su abandono, más que su desconocimiento, aunque con el tiempo ambos suelen ir parejos.

2. DISEÑO DEL SEMINARIO

2.1. Estructura formal

La descripción del Seminario se encontraba en la hoja informativa que se distribuyó por la institución. En ella se informaba de la realización de un «Seminario de Verano sobre la Relación Terapéutica». El contenido se dividía claramente en dos apartados. El primero, de carácter teórico, consistía en una exposición verbal, con posterior discusión de un tema, cuya elaboración corría a cargo de los participantes; también se les notificaba que en la primera reunión se les sugerirían temas y libros de consulta. «La segunda parte, que es más bien práctica, consistiría en la presentación por parte de los miembros del Seminario de pacientes, situaciones o relaciones interpersonales con ellos. Se abordarán estas situaciones y su manejo mediante el desempeño de papeles». Al final se advierte del carácter didáctico y no terapéutico del Seminario, por lo que no se abordarán las situaciones personales de los componentes del grupo.

Evidentemente no se explicó que utilizáramos la exposición teórica como precalentamiento para la segunda parte, pe-

ro de esto y de las conexiones entre ambas partes hablaremos más detenidamente más adelante.

2.2. Composición, ubicación, duración y periodicidad

Aunque inicialmente estaba dedicado a alumnos en prácticas de verano, su escaso número y el carácter abierto del Seminario nos hizo ampliar la oferta a los Médicos Residentes en formación y a cualquier persona de la institución interesada en el mismo.

Como el número previsible de participantes no iba a ser superior al de un grupo pequeño (no más de dieciséis participantes), se utilizó una sala de unos veinte metros cuadrados, que al esquinar una mesa alargada permitió colocar espaciosamente un círculo de sillas.

Las reuniones tenían una periodicidad semanal y una duración de dos horas.

Aproximadamente la mitad correspondía a la parte teórica y la otra mitad a la práctica. La fecha de comienzo se fijó en la segunda quincena del mes de agosto —lo que permitía la adaptación de los alumnos y un contacto más prolongado e intenso con los pacientes— y la terminación a mediados de octubre, coincidiendo con la apertura del curso académico, dejando abierta la posibilidad de continuación.

2.3. Programa

Una de las características del Seminario era la ausencia de programa. Esto, que a primera vista puede parecer una improvisación o negligencia, era una forma clara de tener presentes los objetivos educativos, ya que uno de ellos era el fomento de la espontaneidad de los participantes con lo que implica, por su parte, de creación del programa.

Antes de seguir con el programa nos permitiremos transcribir lo que *La Guía*

Pedagógica de la OMS (8) nos dice acerca de la enseñanza práctica.

Ventajas:

- Coloca al estudiante en situación *activa*.
- Se dirige a un grupo limitado de estudiantes.
- Permite evaluar si se alcanzan los objetivos educacionales.
- Desarrolla el espíritu de observación y la toma de decisiones.
- Asegura un contacto más estrecho con la realidad (profesional, sanidad del país, colegas y enseñantes).
- Permite confrontar teoría y realidad.
- Permite al estudiante desarrollar su confianza en sí mismo.
- Aumenta la variabilidad.

Inconvenientes:

- Elevado costo de personal.
- Pone al enfermo en situaciones a veces penosas.
- Baja estandarización.
- Límites estrechos de utilización.

En el apartado 4 veremos cuáles de estos aspectos se han dado en este Seminario, ahora lo que queremos señalar es que la variabilidad de la parte práctica la reforzaremos con una flexibilidad del temario, por lo que en vez de hacer un programa dimos una relación de temas a sugerir (Cuadro 1) y una bibliografía orientativa (Cuadro 2). Siendo ambos aspectos me-

CUADRO 1 Temas sugeridos

A) Sobre el «Mackinnon»:

- Transferencia, resistencia (mejor en el «Greenson»).
- Fases inicial, media y final de la entrevista.
- El paciente obsesivo.
- El paciente histérico.
- El paciente fóbico.
- El paciente deprimido.
- Examen del suicidio y del paciente homicida.
- El paciente maniaco.
- El paciente esquizofrénico.
- El paciente paranoide.
- El paciente sociopático.
- El paciente orgánico cerebral.
- El paciente psicossomático.
- El paciente de urgencia.
- La toma de notas en la entrevista psiquiátrica.

B) Sobre el «Haber et al»:

- Relación Asistente-Paciente.
 - El paciente que genera ansiedad.
 - El paciente que genera temor.
 - El paciente que genera frustración.
 - El paciente que genera cólera.
 - El paciente que genera depresión.
 - El paciente que amenaza el autoconcepto de los demás.
 - El paciente que genera culpa y conducta de rechazo (suicida).
 - El paciente que suscita sentimientos relacionados con la identidad sexual.
 - El paciente que suscita problemas de identificación.
-

CUADRO 2

Bibliografía orientativa

-
- BALINT, M.: *El médico, el paciente y la enfermedad*. «Libros Básicos», Buenos Aires, 1961.
 - COMFORT, A.: *Los médicos fabricantes de angustia*. 1.ª edición en castellano, 1972 (traducido por Eduardo GOLIGORSKY), págs. 222, Gránica, Barcelona, 1977.
 - GREESON, R. R.: *Técnica y práctica del psicoanálisis*. «Psicología y Etología», México, Siglo XXI, 1.ª Edic., págs. 412, 1976 (traducido por Félix BLANCO de la 1.ª edición inglesa, 1967).
 - HABER, J., et al.: *Psiquiatría-Texto básico* (traducido por Jorge VIGIL), págs. 740, Salvat, Barcelona, 1983.
 - MACKINNON, R.; y MICHELS, R.: *Psiquiatría Clínica aplicada* (traducido por Carlos GERHARD OTTENWAEELDER de la 1.ª edición, 1971), págs. 432, México, Interamericana, 1973).
-

ras indicaciones, pudiendo el asistente optar por otros temas o repertorios bibliográficos.

Es preciso resaltar que a la dificultad de una tarea no convencional, se une la época estival; por todo ello los temas sugeridos podían ser elaborados en una tarde y casi constituían el Índice de los dos primeros libros sugeridos. Elegimos estos dos libros por abordar la relación terapéutica desde puntos diferentes pero no opuestos. En el «Mackinnon» se aborda la dirección de las entrevistas desde un punto de vista dinámico, la percepción y el manejo de la transferencia, de la interpretación, etcétera. Todo ello a través de una nosología psiquiátrica clásica. Por el contrario el «Haber» sigue una óptica interaccional y no se adscribe a una clasificación tradicional, en lo aparente trabaja los problemas desde la contratransferencia, pero no sólo abarca los aspectos dinámicos sino también actividades e incluso pautas de conducta, así como un elemental análisis de la comunicación y de la intervención socio-familiar —hay que tener en cuenta que es un manual dirigido a «nursing» psiquiátricas y que, sin embargo, muchos psiquiatras de este país debieran conocer. Es fácil colegir que ambas visiones podían ser perfectamente complementarias, sin embargo, preferimos dar opción a tratarlas por separado.

3. REALIZACION DEL SEMINARIO

3.1. Descripción

Se realizaron siete sesiones, desde finales de agosto hasta mediados de octubre, de las cuales las dos primeras fueron dadas por nosotros con el objeto de dar tiempo para preparar la siguiente. A pesar de que solicitamos autorización verbal no damos a conocer los nombres de los ponentes con el objeto de mantener el anonimato, únicamente resaltaremos que las dos sesiones más técnicas fueron impartidas por un psiquiatra y que la demás fueron elaboradas por los médicos en formación y alumnos de medicina.

A continuación hacemos un breve resumen de cada sesión y el Juego de Roles posterior:

1. *Relación Asistente-Paciente I:*

Evolución histórica. Aportes de la Psiquiatría. Clasificaciones de la relación médico-enfermo de Pedro LAÍN ENTRALGO y de Franco BASAGLIA. La difusión de dicha apelación en el seno de un Equipo Terapéutico. La relación terapéutica como una relación de ayuda y las dimensiones facilitadoras de la misma. Temores y expectativas en el Asistente y en el Paciente.

En la discusión se planteó la crisis actual del prestigio del médico en relación con el antiguo médico de cabecera. Por ello propusimos al grupo el desempeño de la «Consulta del Seguro». Se ofrecieron voluntariamente un médico y un ATS que tenían experiencia en tales consultas. Se diseñó el espacio y se animó al resto del grupo a que plantearan sus motivos de consulta. Estos fueron: alopecia, somatización por «surmenage», reivindicación de mutualista, hiporéxia infantil, petición de recetas, faringitis y afección estomacal. En la discusión posterior se observó una decepción general, salvo en la petición de recetas, ya que la demanda planteada no fue satisfecha, bien sea porque se la medicalizó, se la derivó al especialista o ni siquiera fue escuchada. Se conectó estos sentimientos con la situación sanitaria del país y sus posibles alternativas e intereses enfrentados en dicho cambio.

2. *Relación Asistente-Paciente II:*

Se abordó la relación terapéutica o de ayuda en sus diferentes etapas evolutivas: Inicial o de entrevistas iniciales; Intermedia o en fase productiva y elaboradora, y Final con sus problemas inherentes a la separación, su momento, su elaboración y la disponibilidad final. Todas ellas, en especial la última, desde el punto de vista del Asistente y del Paciente.

En el grupo se plantea el encuentro extraterapéutico con un paciente. Pedimos al grupo que nos concrete más la situación y proponen un encuentro en la calle. Con objeto de explorar las expectativas disponemos un encuentro o serie de encuentros progresivos con dos *Yó-Auxiliares* voluntarios. Se comienza con saludos, con gestos y sin contacto físico y progresivamente se van introduciendo la palabra y el acercamiento. Tras los primeros ejercicios se observa que un miembro se muestra temeroso y asustado con dichos contactos. Le preguntamos si quiere trabajar con este rol temido y proseguimos individualmente con él —nos mueve

a ello el que dicho rol representa el emergente grupal del miedo a trabajar nuestra propia «locura» y la proyección que se hace al colocarla en los denominados enfermos— dejando los aspectos grupales para el final. En el transcurso del juego se evidencian los aspectos mágicos de desestructuración y pérdida de control; a través del psicodrama; como señala MENEGAZZO (9), se destruye el mito del enfermo mental con sus aspectos de desconocido y amenazador, pasando a ser familiar y por tanto susceptible de acercamiento espontáneo y desprovisto de temores previos. Al finalizar el juego esta persona había conectado con sus miedos y se sentía mucho mejor, ya que el grupo, que al principio aludía a encuentros penosos, espontáneamente rememora encuentros reales y placenteros con diversos pacientes, más allá de sus mágicos temores. Es preciso señalar que unas semanas después esta persona refirió un encuentro, en una situación difícil, con un paciente y comunicó al grupo cómo su trabajo, en esta ocasión, le había ayudado a solventarlo.

3. *El paciente que genera ansiedad:*

Se trató la ansiedad neurótica y psicótica, su detección y sus formas de tratarla mediante la palabra, el gesto o la conducta.

En el Juego de Roles se propuso el tratamiento del cáncer terminal, su acercamiento, los sentimientos de muerte que suscitan en el terapeuta con la consiguiente tendencia a la huida y abandono del paciente. La forma y la pertinencia de emitir el pronóstico, debatiéndose en la práctica la eterna cuestión de si se debe decir o no la verdad al paciente de su pronóstico «in fausto»; por medio del desempeño de papeles se evidenció que no existían reglas fijas y que es la percepción empática del médico la mejor guía para transmitir de una forma u otra tal información.

4. *La entrevista psiquiátrica y sus técnicas I:*

Se describió resumidamente lo que constituyen las entrevistas directas, no directivas y las que podríamos denominar como intermedias, por participar de los principios de ambas. Se definieron los conceptos de ansiedad óptima del entrevistante y del entrevistado. Los usos en psiquiatría de las distintas entrevistas. Utilización de la libre asociación y la transferencia.

Se dramatizó una relación transferencial y una realista con el mismo médico y paciente. Este supuso más experimentado al primer médico, a pesar de los argumentos realistas de la relación. En el grupo se discutieron las ventajas, inconvenientes y peligros de la relación transferencial. Se evidenció la necesidad, para orientarse dentro de la relación, de hacerse las siguientes preguntas: ¿qué imagen doy al paciente? y ¿qué imagen espera el paciente de mí?

5. *La entrevista psiquiátrica y sus técnicas II:*

Análisis de las resistencias: silencio, verbalización de lo analógico, rutina, temas escarnoteados, etc. Utilización del material analítico: confrontación, aclaración, interpretación y traslaboración. Utilización del material no analítico: abreacción o catarsis, diferencias entre catarsis en psicoanálisis y en psicodrama, sugestión, manipulación y uso deliberado de roles (por ejemplo, el de omnipotente). Tipos de preguntas: cerradas, abiertas, sugestivas, indirectas, reflexivas y aclaratorias; evitar el uso de preguntas antagónicas. En la discusión se planteó el problema del paciente que habla y habla, pero no produce.

No se realizaron Juego de Roles, pues el largo retraso del ponente impidió su realización.

6. *El paciente que genera frustración:*

El neurótico, con su minusvaloración genera frustración en el asistente, que

puede derivar en cólera si no se da cuenta de ello. El histérico con la represión, el «ataque», la reacción disociativa y la plasticidad sintomática por influencia cultural, producen una incómoda confusión en el asistente. El obsesivo-compulsivo con sus dinamismos de retención-expulsión, la intelectualización de los afectos y la circularidad de su pensamiento da lugar a la identificación, la reiteración o la rutina y aburrimiento del asistente. Diferenció el miedo de la fobia. Describió las reacciones de evitación o de identificación, con su consiguiente presión al paciente, del terapeuta ante el enfermo depresivo u obsesivo. Finalmente se expusieron algunos principios generales de intervención: frente a minusvaloración llevar al afectado a las relaciones comunes y a tareas de éxito fácil o inmediato, la simple extinción de las conductas impide su conocimiento, ante un ritual no poner límites, pues de lo contrario se produciría una reacción de pánico, que el rito conjura, apoyar los esfuerzos y ocupaciones, fomentar el sentimiento frente al pensamiento, etc.

Se presentó un caso, vivido por uno de los participantes, de desmayos histéricos y se exploraron los beneficios secundarios. Al ser una relación contaminada por la amistad, propusimos la realización de tres esculturas sobre la relación: una sobre su percepción en el pasado, otra sobre el presente y la última sobre el futuro de dicha relación. A través de las mismas se clarificó la enorme dificultad que representa convertir una relación amistosa en terapéutica, por la imposibilidad de realizar el juego de acercamiento y distanciamiento emocional. Todo ello sirvió para tener presente una de las indicaciones de la derivación de un paciente, la relación emocional.

7. *La entrevista en urgencias psiquiátricas:*

El primer contacto con el paciente y la valoración previa del mismo. El enfermo deprimido y la evaluación del riesgo de suicidio. El enfermo ansioso, su tranquili-

zación y relajación. Se abordaron también el acercamiento del paciente alcohólico, intoxicado, huidizo, agresivo, etc. Como pautas orientativas: tranquilizar y distanciar nuestra ansiedad, es mejor tomar rápidamente las decisiones que entretenerse en disquisiciones diagnósticas, valorar la patología orgánica, limitar el tiempo, atenerse a lo principal y al aquí-ahora, y valorar las expectativas antes de tomar las decisiones.

El grupo, a través de un emergente, pidió trabajar en la relación con un paciente en una crisis psicótica aguda. En el transcurso de la representación, en su fase más álgida, una paciente ingresada, que observaba a través de los cristales, exclamó alarmada que se iban a pegar, pues tal era el realismo de esta situación representada. En el desarrollo del juego se plasmó cómo el acercamiento invasivo del terapeuta es fruto de su propia ansiedad y no respeta la distancia de seguridad del paciente con lo que provoca la agresión defensiva del mismo. A continuación se trabajó con el caso opuesto, el del paciente que invade el espacio del terapeuta, cuyo prototipo es el paciente maniaco y finalmente, tal vez ya con poco tiempo, el paciente que manipula al asistente para convertirlo en su aliado, por ejemplo, la mujer del alcohólico.

3.2. Asistencia y nivel de participación

La afluencia al Seminario osciló entre un máximo de doce personas, en dos seminarios, y un mínimo de cuatro, en el último seminario, que se celebró en el curso escolar y tras varias fiestas que impidieron su realización.

Salvo cinco personas, que acudieron con asiduidad, el resto acudió de forma esporádica a uno o dos seminarios.

La composición de los asistentes fue heterogénea, conforme con las indicaciones de la convocatoria, y asistieron alumnos de medicina y de psicología, médicos

en formación, médico internista, algún psiquiatra, un ATS y algún auxiliar psiquiátrico; esta variación en los componentes creemos fue un factor dinamizador, pues no sólo aportó criterios y visiones distintas sino que permitía discutirlos en un mismo plano, lo que no siempre se logra en el equipo terapéutico.

De los miembros que se incorporaban paulatinamente hay que destacar la facilidad con que se comprometían en el Juego de Roles y la espontaneidad que desarrollaban, aunque estaban eficazmente secundados por los asistentes más antiguos. Todo lo anterior nos remite a la existencia de un óptimo clima de trabajo, cuya evolución gradual será expuesta con detenimiento en la discusión que sigue.

4. DISCUSION

4.1. Relativa al diseño

Es evidente que se podía haber realizado de otra forma, como, por ejemplo, un Seminario sólo con Juego de Roles, donde primara sobre todo la espontaneidad, cuyo enriquecimiento evidente no vamos a negar. Pero esto hubiera exigido al menos una experiencia práctica que impeliera a la presentación de casos y a una posterior utilización de lo vivido en el Juego. También el Seminario Verbal hubiera aportado unos conocimientos que usualmente no se poseen por parte del estudiante de medicina, pero nuestro objetivo no se reducía a la mera transmisión de conocimientos sino que quería aportar un bagaje experiencial, incluso a aquellos que aún no habían tenido un contacto prolongado con un enfermo.

Si escogimos este sistema mixto, mitad intelectual y mitad emocional, es porque pensamos que un primer encuentro espontáneo iba a suscitar, de entrada, muchas inhibiciones. Sin embargo, la introducción del juego tras el calentamiento de la discusión resultaba mucho más fácil, no sólo porque los participantes ya es-

taban animados, sino también porque la discusión daba lugar a plantear una serie de temas a desarrollar por medio del Juego de Roles.

Casi resulta inútil mencionar que en el transcurso de la preparación del Seminario se tuvieron siempre en cuenta los objetivos fijados de antemano, aunque el Norte era fijado de forma creadora por los propios integrantes del grupo.

4.2. Relativa a la realización

Aunque las limitaciones, evidentes y explicitadas al principio, del Seminario obviarán la consideración del mismo como un grupo terapéutico, nuestra formación en psicodrama triádico (MORENO, LEWIN y FREUD) (10) nos incita a tener siempre en cuenta al grupo, por lo que el protagonista no sólo habla de sí mismo sino también del grupo, teniendo su representación un sentido grupal en relación con la etapa grupal que se está desarrollando. Dado el claro matiz didáctico, estas consideraciones no fueron expuestas en el grupo y únicamente se tuvieron en consideración a la hora de la animación y del trabajo grupal.

De la importancia de lo teorizado creo que el resumen es suficientemente aclaratorio, no obstante hay que destacar la variedad de los temas tratados, que a nuestro modo de ver no se contraponen con la profundidad que existió, dada la cortedad del tiempo dedicado y su extensión, no más de dos meses.

Vamos a detenernos en el desarrollo de los Juegos de Roles y sus engarces con los temas previamente tratados:

— En el primer Seminario, que versaba sobre la relación terapéutica, se insistía en la necesidad de la escucha comprensiva y empática. Era el primer encuentro, con sus correspondientes ansiedades ante lo nuevo, la discusión aludía al prestigio de los médicos, inversamente proporcional a los avances tecnológicos. El ambiente grupal era de frialdad y de prevención con

grandes dificultades para iniciarse en un trabajo individual. Los participantes se aislaban en los sillones o se defendían con la palabra, que les servía como parapeto frente a la acción. Por esto, propusimos un juego imaginario, que englobara a todos y permitiera una mayor o menor inclusión, según sus propias necesidades. A la vez se incrementaba la cohesión grupal, lo cual facilitaría posteriormente, un trabajo individual.

Efectivamente, en el segundo Seminario se comenzó con un juego conjunto sobre el temor a un encuentro extraterapéutico, que también aludía el temor a la reunión en el aquí-ahora, y de éste se pasó al trabajo individual. Al finalizar este último hubo un pequeño roce entre las contrapersonales y las hiperpersonales, pero sin grandes consecuencias.

Tras dos seminarios de transición, el uno relativo a la relación transferencial, con un escaso supuesto, y el otro sin Juego de Roles por retraso significativo del ponente, se pasó al trabajo más individual que fue desde lo personal, donde se marcaron los límites, a lo profesional, que era el objeto del Seminario.

El Seminario dejó de tener continuidad, por problemas económicos, pues todavía a la Administración le cuesta reconocer que la docencia para ser profesionalizada ha de ser sufragada más allá de impedimentos burocráticos y/o administrativos, y también porque el objetivo finalizaba con el inicio del curso escolar por lo que continuarle, exigiría la creación de un nuevo grupo.

4.3. Relativa a los fines del artículo

Estaríamos satisfechos si de este relato se concluyera, más allá de las «innovaciones» técnicas, que es necesaria una revisión a fondo de los sistemas pedagógicos imperantes en los ambientes universitarios y profesionales.

Nos parece necesario aclarar, que nuestra dedicación inicial al cierre de la

Universidad de Valladolid, en 1975, no es un mero recuerdo histórico o un suceso del que fuimos víctimas.

Este acontecimiento, como todo acto autoritario, lejos de reprimir y apaciguar a las gentes fue la llama, no sólo de una mayor concienciación política sino también de un cuestionamiento de los sistemas docentes.

Durante unos dos o tres meses eran los propios alumnos los que enseñaban a sus compañeros y éstos se apoyaban entre sí. Esta situación era difícilmente soportable en una sociedad como aquella y por eso las aguas pronto volvieron al cauce anterior.

En verdad nos resulta penoso reconocer que de aquello, diez años después, no hayan salido unas proposiciones de cambio del sistema docente.

Es notable que la Universidad necesita propuestas imaginativas más allá del campo docente, como puede ser la creación de nuevas profesiones universitarias, más acordes con las necesidades actuales y con los avances tecnológicos. También tenemos en cuenta que la fantasía debe ampliarse a otros sectores sociales, pues sin el cambio de éstos es difícil que una Universidad idealista oferte otras perspectivas que el paro o la degradación de las carreras. Conscientes de nuestras limita-

ciones, vamos a referirnos a nuestras propuestas de cambio docente, a saber:

— Aplanamiento de la pirámide jerárquica, pasando del profesor al coordinador-animador del grupo, ya que la capacidad científica no se mide por la altura del estrado sino por la discusión al mismo nivel.

— Evolución progresiva de una enseñanza pasiva, de oyente, a una activa, de participante; así el estudiante se involucraría en el uso de la bibliografía y en la redacción de los trabajos. Es una vergüenza que una persona acabe su licenciatura perforando tarjetas de ordenador, pero sin saber cómo escribir una reseña de un libro, hacer una ficha bibliográfica o realizar un trabajo de investigación teórica o práctica.

Si estas dos conclusiones animan a replantearse la enseñanza universitaria y post-universitaria (formación de MIR, Hospitales, Centros de Salud, etc.), así como el conocimiento y elaboración del aspecto principal de la relación Médico-Paciente, que es la «Medicina-Médico», nos sentiríamos dichosos, más allá de los rasgos puntuales del grupo descrito como ejemplo, de nuestra, y esperemos que también vuestra, concepción de la enseñanza.

Valladolid, febrero de 1985.

BIBLIOGRAFIA

- (1) LUCHINA ISAAC, L.: *El grupo Balint - Hacia un modelo clínico-situacional*. «Colección Grupos e Instituciones», 1.ª Edic., Buenos Aires, Paidós, 1982, págs. 158.
- (2) MORENO, J. L.: *Psicodrama*. 4.ª Edic., Buenos Aires, Hormé Paidós, 1978, págs. 365 (traducido del inglés por Daniel R. WAGNER).
- (3) SCHUTZENBERGER, A. A.: *Introducción al Psicodrama en sus aspectos técnicos*. Madrid, Aguilar, 1970, págs. 242.
- (4) — *Introducción al «rôle-playing»*. Madrid, Marova, 1979, págs. 131 (1.ª Edic., orig. 1975, traducida por Pedro R. SANTIDRIAN).
- (5) LEMOINE GENNIE y Paul: *Una teoría del Psicodrama*. Colección Psicoteca Mayor», 1.ª Edic., Buenos Aires, Gránica, 1974, págs. 338 (traducido por Víctor FISCHMAN de la edic. 1972).
- (6) MORENO, J. L.: *Psicoterapia de Grupo y Psicodrama - Introducción a la teoría y la praxis*. «Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis», México, Fondo de Cultura Económica, 1.ª Edic., 1986, 1.ª Reimp., 1975, págs. 409 (traducido por Armando SUÁREZ de la 1.ª edic. en alemán, 1959).
- (7) GARRIDO MARTÍN, E.: *Jacob Levi Moreno - Psicología del Encuentro*. Madrid, Atenas, 1978, páginas 291.
- (8) OMS: *Guía Pedagógica*. OMS y FJM, 1979, páginas 519.
- (9) MENEGAZZO, C. M.: *Magia, Mito y Psicodrama*. «Biblioteca de Psicología Profunda», Buenos Aires, Paidós, 1981, págs. 140.
- (10) POBLACIÓN, Pablo: «Psicodrama Triádico», en AA.VV., *Psicología Dinámica Grupal*, al cuidado de Nicolás CAPARRÓS, «Serie Psicología», n.º 115, Madrid, Fundamentos, págs. 256.