

Los hombres representan las tres cuartas partes de las muertes por homicidio, especialmente entre los 15 y los 29 años de edad. Aunque las mujeres piensan más a menudo en el suicidio, las tasas registradas son más elevadas para los hombres (un suicidio femenino por cada tres masculinos).

El documento de la OMS pide a los estados que, además de otras medidas, elaboren planes de acción nacional de prevención de la violencia. (El Mundo, 04.10.02)

### **Búsqueda de significado más profundo del balbuceo de los bebés.**

Al hablar, la boca de los adultos se mueve asimétricamente. Esta lateralización se completa a los 5 o 7 años.

La boca de los bebés se mueve de manera diferente cuando hacen sonidos al azar (simétricamente) que cuando balbucean (asimétricamente, generalmente más abierta en el lado derecho) lo que la caracteriza como actividad fundamentalmente lingüística.

Estos hallazgos apoyan la idea de que el cerebro tiene áreas corticales dedicadas específicamente al aprendizaje de la lengua.

Se ha hallado también que, cuando los bebés sonríen, sus bocas se abren más del lado izquierdo. Esta es la demostración más temprana de que el hemisferio cerebral derecho

media la emoción, afirma la Dra. Petitto

Esto sugiere que los seres humanos tienen una habilidad para el lenguaje desde el principio; y esta hipótesis concuerda con la teoría propuesta hace 45 años por Noam Chomsky sobre la capacidad innata para el lenguaje.

M. Duenwald. The New York Times. Oct.2002.

### **Gen relacionado con la susceptibilidad al síndrome de stress post-traumático (PTSD)**

Aunque es conocido que los pacientes que presentan PTSD sufren una reactividad biológica anormal de la función neuroendocrina y del SNV, las bases moleculares son aún desconocidas.

Los estudios con animales, realizados por R. H. Segman, sugieren que los cambios en la reactividad de la dopamina cerebral, inducidos por el stress, pueden depender de los genes. El código genético para el transportador de la dopamina se localiza en neuronas dopaminérgicas pre-sinápticas.

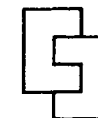
Los hallazgos sugieren que la reactividad dopaminérgica determinada genéticamente puede contribuir a que se dé el PTSD.

Estos neurotransmisores podrían mediar la respuesta patológica al trauma y, en general, la vulnerabilidad a los efectos del stress.

L. Barclay. Medscape Medical News 2002. Mol Psychiatry, 2002; 7:903-

## **ASOCIACIÓN DE SICODRAMA Y SICOTERAPIA DE GRUPO**

Reg. Nac. N° 160.761



Boletín N° 12 Octubre 2002



Comité de Publicaciones:

Masuca Rodríguez  
Graciela Moyano.

## INFORMACIÓN

### . VIII Reunión de la ASSG

Madrid, 8 y 9 de Marzo 2003

#### EL ROL PROFESIONAL

Temario orientativo:

El sicodramatista en los diferentes ámbitos de aplicación del sicodrama:

-El sicodramatista como sicoterapeuta.

-El sicodramatista en los dispositivos de salud.

-El sicodramatista en el aula. Orientación escolar y sicodrama.

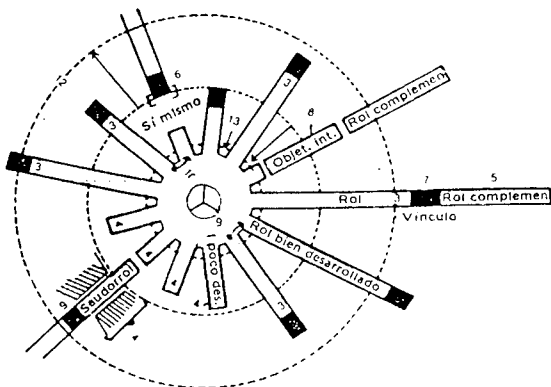
-El sicodramatista en el campo social.

-Entrenando roles profesionales.

-El sicodramatista como formador de sicodrama.

Recordamos que se pueden presentar ponencias, audiovisuales, talleres, de manera individual o compartida.

Tal como fue acordado en la reunión anterior, después de cada bloque de actividades se dispone de un tiempo para el diálogo y la reflexión conjunta.



### . Actividades sicodramáticas

El valor sicoterapéutico de la imagen sicodramática. Luisa Lillo. IX Congreso Internacional de Siquiatría. Organiza Asociación Argentina de Siquiatras. Buenos Aires. Octubre-2002.

Taller de sexualidad. Abordaje desde el sicodrama. C. Mercader. Huelva. 24 y 31-octubre-2002

Taller de máscaras. C. Mercader. Huelva. 21 y 28-noviembre-2002.

Relaciones intergeneracionales (sicodrama público) III Jornadas por la solidaridad Intergeneracional. Jaime Rojas-Bermúdez, Graciela Moyano. Organiza: Federación Mayores de Andalucía. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Sicológico. Facultad de Psicología, Sevilla. 21-noviembre-2002

Seminarios de Sicodrama, en el Master de Sicoterapia Relacional. Jaime Rojas-Bermúdez. Facultad de Psicología. Universidad Pablo Olavide. Sevilla. 22-23-noviembre-2002

Seminario tripartito de Musicoterapia, Marionetas y Terapia y Sicodrama. Lorenzo Amaro (Instituto Superior de Ciencias Educativas), Silvia Bierkens (Asociación Española de Marionetas y Terapia), Ernesto Fonseca (Escuela de Sicodrama y Sociometría de Cataluña). Barcelona. 23-24-noviembre-2002. T.93-589.22.77

Sicodrama para actores. Seminario. Jaime Rojas-Bermúdez.

Organizado por la Escuela de Sicodrama y Sociometría de Cataluña. Barcelona 07-febrero-2003  
T. 93.589.22.77

I Jornadas Onubenses sobre Abuso Sexual. Prevención, diagnóstico y tratamiento. Organiza AMAS (Asoc. de Mujeres y Menores Agredidos Sexualmente) Huelva, 2-4-diciembre-2002. Las Jornadas tendrán una orientación sicodramática. C. Mercader Larios.

Teoría emergentista de la personalidad. Jaime Rojas-Bermúdez y Graciela Moyano, dentro del 2º año del Curso oficial de Sicodrama, coordinado por Ernesto Fonseca. Instituto Siquiátrico Universitario "Pere Mata". Reus. Tarragona. 08-febrero-2003

Adolescencia y metodología sicodramática. Temario: Aspectos evolutivos Sicolopatología y adolescencia. Metodología sicodramática para el tratamiento de adolescentes. Jaime Rojas-Bermúdez, Graciela Moyano. Organizado por Alea. A Coruña. febrero-2003

T.677-316.504 (A. Coppel)

Meeting de la Federation of European Psychodrama Training Organizations (FEPTO). Portugal, 9 al 13 de abril de 2003. El encuentro se desarrollará, como es habitual, en inglés.

Curso de Formación en Sicodrama y Sociodrama. 2002 – 2003. Jaime Rojas-Bermúdez, Graciela Moyano. Centro de Sicodrama Sociodrama y Sicodanza. Sevilla. Tel. 95. 423.66.64

Curso de Formación en Sicodrama y Sociodrama 2003. Jaime Rojas-Bermúdez y Graciela Moyano. Organiza: Centro Ser. Málaga. T.952-46.50.05

IV Congreso Iberoamericano de Sicodrama “Crisis, Compromiso y Transformación. Del aislamiento al encuentro.” Buenos Aires, 1 al 4 de mayo-2003  
Tel. 93.589.22.77

Sicosomática y sicodrama (simposio y taller). E. Fonseca. Organizado por la Escuela de Dramaterapia y Sicodrama de Santiago. S. de Chile. 09 – mayo-2003

Inauguración del Curso de Diplomas en Sicodrama (taller). E. Fonseca Organizado por la Escuela de Dramaterapia y Sicodrama de Santiago y la Universidad Autónoma Mariano Egaña. Santiago de Chile. 09-mayo-2003

## **. Página web de la Asociación**

A cargo de Rosa Rey.

<http://es.egroups.com/group/assg>

## **RESEÑAS**

### **ALGUNOS COMENTARIOS SOBRE EL SICODRAMA EN ESTADOS UNIDOS.**

Una perspectiva personal.

Ed Hug

Para comenzar, tengo que decir que, aunque soy un “Certified Practitioner” en Sicodrama desde 1996, y me he formado en Sicodrama desde 1985, no poseo un conocimiento especial ni una total percepción de los trabajos de sicodrama en EEUU, sino sólo mi propio y personal punto de vista. Lo veo un poco como la historia de los tres ciegos y el elefante. El primero dijo: “se parece a una pared”, el segundo afirmó: “se parece mucho a un árbol”, y el tercero, “es muy parecido a una cepa”. Todo depende de qué parte del elefante han tocado. Así que, pensando en el sicodrama norteamericano como un elefante digo, como uno de los ciegos:

El Sicodrama y la ASGPP (American Society for Group Psychotherapy and Psychodrama) en los EEUU parecen haber entrado en declive desde su cima en 1970, y continúan así, como

se refleja en la progresiva disminución de egresados cada año.

Las razones dadas a este declive incluyen: (1) los excesos del pasado respecto a la utilización del sicodrama; (2) en relación con estos: su reputación de producir disrupciones en los encuadres clínicos y (3) la falta de investigación sobre sus resultados que persuada a su utilización.

Todo ello ha llevado a una clara falta de respeto por parte de estamento médico que, en EEUU, históricamente ha determinado el destino de las sicoterapias. Pero otra parte de este declive ha estado relacionada con la falta de interés de los sicodramatistas por recibir influencias ajenas a la comunidad de sicodrama.

Ha habido algunos intentos por remediar algunos de estos problemas, como el promover más y mejor investigación. Esta línea ha sido estimulada, durante algunos años por el Premio Anual Kipper para la investigación.

Pero, como señala el Dr. Thomas Lewis (Orador principal de la Conferencia Anual de la ASGPP de este año) en su último libro, “A General Theory of Love”, antes de la aparición de la neurociencia, cualquier “ciencia” de sicoterapia ha estado en un nivel de desarrollo pre científico, de manera similar a la alquimia antes de la química. Puede recordarse también, que en el pasado, la frenología era considerada una ciencia (con sus

propias eruditas publicaciones y profesionales).

Hace sólo unos pocos cientos de años las sangrías eran consideradas, por los profesionales del momento, como una cura para varias enfermedades. Nuestro primer presidente, George Washington, murió como resultado de una de estas sangrías para una enfermedad común.

El Dr. Lewis es el segundo orador principal en resaltar la neurociencia, siendo el primero (hace unos pocos años) Bessel van der Kolk, que era y es una figura clave en el "Boston Trauma Group", actualmente abogando por otros métodos diferentes del sicodrama en el tratamiento del trauma psicológico.

Esto se expone sólo para mostrar que la comunidad de sicodrama norteamericano sólo últimamente está empezando a interesarse por la neurociencia como posible fundamento científico para la correcta evaluación del sicodrama (y otras modalidades terapéuticas) como método terapéutico.

Para dar solamente una "cata" de lo que la neurociencia actual está sirviendo, podemos considerar lo siguiente: (1) durante la experiencia traumática, la actividad de la amígdala aumenta, mientras que la del área de Broca disminuye; (2) la llamada de angustia ha sido ubicada en el Gyrus Angularis anterior; (3) hay un área en el córtex frontal orbital que parece

distinguir entre lo que recordamos y lo que imaginamos.

¿Y cómo se va a relacionar todo esto (y más) con la teoría y la práctica sicoterapéutica?. Creo que eso es lo que descubriremos en los próximos años. Este aspecto de la neurociencia de la "cartografía del espacio interno" está en su infancia.

Los instrumentos de esta ciencia (principalmente tecnológicos de scanning, PET y fMRI) se multiplican y se hacen más asequibles, y el número de artículos en las revistas científicas prolifera. Muchos nuevos descubrimientos llegarán a las publicaciones en los años venideros.

Debería señalar (citando al Dr. Lewis) que ningún estudio científico ha demostrado que la formación o la línea terapéutica seguida por el sicoterapeuta afecte el resultado con el paciente. La sicoterapia está todavía en un nivel pre-científico de desarrollo.

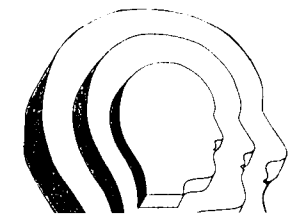
Como con los individuos, ocurre también con la comunidad de sicodramatistas de EEUU: hay fuerzas en la dirección de la adaptación para la supervivencia y fuerzas en la dirección de exploración de factores externos. En mi opinión, las fuerzas adaptativas dentro de la ASSGP tienden a promover la relación con la APA (American Psychiatric Association). Las fuerzas exploratorias tienden a estimular las conexiones con la NCAT (National Coalition of Art Thera

pies) y a estar abiertas a ciencias como la etnología y la neurociencia cognitiva.

Pienso que la "cartografía del espacio interno" es aún una pre-ciencia, en el comienzo de la exploración de un territorio nuevo, y que el sicodrama en los EEUU tendrá que abrirse más en otras dimensiones, para su supervivencia espiritual; particularmente a la neurociencia cognitiva y a las terapias creativas por el arte. Mi opinión personal es que el puente entre imagen y palabra / acción, como por ejemplo se muestra en la idea de Rojas-Bermúdez de la imagen sicodramática, mostrará el camino para la práctica de sicodrama.

Por supuesto, puede ser también verdad que esta nueva ciencia de la neurociencia cognitiva resulte ser solo la más nueva forma de frenología. Quién sabe?. Es el sicodrama como un árbol?.

PS: Mi versión del cuento del elefante añade un cuarto hombre ciego, que al llegar y oír a los tres discutiendo sobre cuál era la impresión correcta, les pidió a los tres que se sentaran y compartiesen lo percibido por cada uno. Y así fue que, lentamente, al compartir, pudieron lograr una idea más completa del elefante.



## **SICOPROFILAXIS Y SICODRAMA**

**MA. Entrevista con Jaime Rojas-Bermúdez.**

¿Cómo se fue dando, en tu experiencia, la aplicación del sicodrama a estos campos?

La aplicación del sicodrama a la sicoprofilaxis comenzó a tener importancia para mí a raíz de la sicoterapia de niños en el Hospital de Niños de la Capital Federal. Esto era en los últimos años 50, que fue una época de transición para mí entre el psicoanálisis y el sicodrama. El Servicio de Neurocirugía del hospital dio la oportunidad para que los niños que tenían que someterse a este tipo de intervenciones pudieran ser psicológicamente preparados.

Los objetivos de este trabajo y su dinámica, cómo eran?

Básicamente era el abordaje y tratamiento de los temores y fantasías de los niños respecto a la próxima intervención para que no llegaran a ella engañados y con un alto nivel de angustia. Este grupo de neurocirugía infantil estaba compuesto, en general, por niños muy graves. Pronto, al conocer la existencia de este tratamiento, otros profesionales, especialmente oftalmólogos y otorrinolaringólogos del mismo hospital, empezaron a deri-


var niños para que participaran en los grupos de sicoprofilaxis quirúrgica.

Las sesiones se comenzaban facilitando la interacción entre ellos por medio de juegos dramáticos, o abordando directamente el tema de las operaciones a las que iban a ser sometidos. Tanto en uno como en otro caso, la dinámica iba dirigida a detectar y explicitar las ideas, fantasías y temores que los niños tenían respecto a la operación, cómo creían que iba a ser, lo que pensaban que iba a suceder después .... Parte de sus miedos se debían al desconocimiento de las características de la operación, del lugar donde iban a ser intervenidos, etc.

Se realizaban dramatizaciones representando sus ideas (imagen interna) acerca de la intervención quirúrgica, utilizando las técnicas habituales de intercambio de roles, soliloquios, etc. Iban alternando los diferentes roles que proponían: paciente, cirujano, enfermero, anestesista... Jugando el rol de médicos, por ejemplo, se observaban claramente sus fantasías violentas y destructivas sobre la situación.

En relación a esta destructividad representada, cómo era la intervención del terapeuta?

No la deteníamos ni la corregíamos, obviamente. Dejaba que la expresaran, como aspectos de lo que temí-



an. Además, en estos juegos, a pesar de la ansiedad y violencia representada, el ambiente era generalmente de mucha diversión. Pero aun que no fuese así, el planteamiento, en general, es dejar emerger las emociones, sentimientos, fantasías e ideas sobre el tema abordado, poder concretarlas – en este caso, con dramatizaciones, podría ser también con imágenes – y favorecer que la elaboración se dé en ese proceso. En este punto, la técnica de inversión de roles jugaba un papel primordial. Por supuesto, se cuida siempre que no se hagan realmente daño físico.

Había otros aspectos en este método?

Después de varias de estas dramatizaciones, se los llevaba al quirófano, para que reconocieran el lugar, y allí se realizaban otras dramatizaciones in situ, ahora con más elementos de realidad, para que pudieran familiarizarse con lo que se iban a encontrar. Finalmente, se intentaba que algún miembro del equipo sicoterapéutico, que trabajaba con ellos en las sesiones, los acompañase durante la operación. También se intentaba siempre que los niños ya operados volvieran al grupo para contar su experiencia, como prueba de realidad para el grupo.

Los grupos, cómo eran? Cuánto tiempo duraban?

Por la finalidad de estos grupos, eran homogéneos en cuanto a las patologías y de tiempo limitado. En cuanto a las edades de los niños, se intentaba que no se produjeran diferencias superiores a los dos años.

Eran grupos abiertos, y el número de sesiones en los que cada niño participaba variaba mucho en función de que fuesen o no casos agudos, y de otros factores de organización hospitalaria (tiempo de espera para la intervención, etc). No sobrepasaban habitualmente las diez sesiones, en unas dos sesiones por semana. El equipo terapéutico estaba compuesto de un director – terapeuta, y uno o varios yo-auxiliares, no sólo por necesidades técnicas, sino porque algunos profesionales querían participar de la experiencia y luego extenderla a otros Servicios. M. Rosa Glasserman, por ejemplo, sicóloga en el servicio de oftalmología, participó en estos grupos como yo-auxiliar y, posteriormente, también coordinó grupos de sicoprofilaxis en ese Servicio.

¿Y los resultados?

En general fueron muy buenos, naturalmente se podía hacer más en algunos casos que en otros. Las intervenciones quirúrgicas pasaron a ser menos traumáticas, tanto para los chi-

cos como para el personal sanitario. Los síntomas habituales consecuentes a las operaciones (pesadillas, temores nocturnos, enuresis, ansiedad...) disminuyeron francamente, como se observó en el seguimiento. La duración del post-operatorio también se acortó notablemente por la aceleración de la recuperación.

Lo de trabajar con los temores me recuerda el tema de un programa de TV que hiciste en Buenos Aires, con niños...

Si, se llamaba "Mis miedos" y se trabajaba con niños en el plató, en vivo, una vez por semana. Ariel Bufano y Beatriz Suárez, dos titiriteros muy conocidos, participaron como yo-auxiliares. Allí, los niños (tenían entre siete y doce años) planteaban los miedos que tenían, cuándo aparecían, qué hacían cuando tenían miedo... estas situaciones que les provocaban temor se representaban sicodramáticamente. Los temores que planteaban eran muy diversos: miedo a los fantasmas, a que los robaran, a perderse... El programa era abierto y podían acudir los niños que quisieran.

Los padres estaban en el plató, como público. Después se comentaba con todos lo sucedido, y se intentaba que entendieran los miedos de sus hijos, sin desvalorizarlos. También se evidenciaba cómo los padres esta-

ban involucrados en los miedos de los niños, como figuras persecutorias o en relación a la escena primaria; también en cuanto que sus actitudes ante los temores infantiles, muchas veces de minimización ("son tonterías" o "sólo fantasías"), o bien de forzar al niño a enfrentar el miedo, fomentaban frecuentemente el aumento del temor.

Volviendo al tema de la sicoprofilaxis, ¿cómo es respecto a los adultos?

Con adultos el encuadre es el mismo. Claro está que hay más comunicación verbal en el caldeamiento, que en los niños es muy frecuentemente corporal; y lo mismo, en el abordaje de los temas a tratar.

Uno de los grupos más habituales son los de sicoprofilaxis obstétrica. Empecé a trabajar con estos grupos en la Maternidad Municipal de Buenos Aires (Maternidad Sardá), a finales de los 50 o principios de los 60. Estaban formados por embarazadas a partir del cuarto mes, ya que desde la 18ª semana de gestación aproximadamente, comienzan a percibirse movimientos fetales y la aparición de sensaciones de cuerpo extraño, de algo perteneciente y a la vez ajeno en el cuerpo de la madre.

¿Cómo se empezaba? Utilizaban calcomios verbales o corporales?

La iniciación era generalmente verbal, espontáneamente aportaban gran cantidad de material, con mucha sintomatología física y psicológica. Los cambios del cuerpo y del esquema corporal eran bastante marcados... la falta de la menstruación y la aparición de otros flujos era un elemento que señalaban, así como las alteraciones en las relaciones sexuales, tanto a veces en el sentido de aumento del placer sexual como en otras, de disminución de relaciones sexuales por temor a provocar un aborto.

Se trabajó también con los sueños?

Sí, además se da generalmente un aumento de la actividad onírica durante el embarazo por los intensos cambios corporales. En otros grupos de embarazadas, investigamos sobre sus sueños en este período. En ellos, mostraban las sensaciones, fantasías y temores sobre la gestación, el parto y el bebé. Pero además, intentábamos ver si los sueños podían ser índices de posibles alteraciones internas, en función de las formas soñadas. Como ilustración de este caso: una integrante de un grupo sueña que va en un tranvía, se cruza un auto pequeño, rojo y el tranvía lo choca. Se abre el capó del coche, y sale de allí

una enorme cabeza. La lectura que realicé, sin explicitarla, fue hacia la sospecha de necesidad de cesárea, que se confirmó en los hechos posteriormente. Esto nos llevó a incrementar el trabajo de representación de sueños y fantasías. También tratamos de observar si las formas soñadas, femeninas o masculinas, se relacionaban con el sexo del bebé.

Había diferencias en la metodología respecto a otros grupos de psicoprofilaxis, los de niños, por ejemplo?

Las diferencias no eran tanto en la metodología ni en los objetivos. Se abordaban sobre todo también en este caso sus experiencias, fantasías, temores, sobre la gestación, el parto y los temas involucrados. En los grupos de preparación al parto, por la menor limitación de tiempo, (comparados con los de psicoprofilaxis quirúrgica), se podían abordar otros temas que surgían, como por ejemplo las relaciones de pareja durante el embarazo.

Por tratarse de adultos, aunque había muchas dramatizaciones, era más frecuente el uso de imágenes; con los niños se dramatizaba más, ya que es más cercano a los juegos y a su realidad, más fácil para ellos.

En algunos grupos de embarazadas no se pudo realizar acompañamiento durante el parto, pero sí se indicaba que volvieran al grupo después, para

relatar y compartir la experiencia, y eventualmente elaborarla, si hubiese sido problemática o traumática.

Qué piensas de la preparación habitual para el parto, centrada en ejercicios corporales, de respiración etc., con poca atención a los aspectos psicológicos?

Está bien en cuanto que fomenta la participación activa de la gestante en el parto, y su atención se centra en el cuerpo. Pero pienso que no debe reducirse sólo a esto, sino ser más completa e integral. Si en lo físico se presentan dificultades, puede haber un monto de angustia muy grande. La preparación psicológica es insustituible.



La diosa Tlazolteotl, escultura azteca

## **PUBLICACIONES**

### **Publicaciones internas (ASSG)**

Edición interna de Apuntes de Sico drama 1, 2 y 3, con los artículos enviados por los miembros de la Asociación.

Quienes no hayan recibido alguno de estos ejemplares, pueden solicitarlos a Secretaría: Masuca Rodríguez  
Tel.95-570.72.17

e-mail: masucasx@worldonline.es

### **Publicaciones internas. (Centro de Sico drama)**

La mente en el cuerpo, Abordaje sico dramático de los trastornos sicosomáticos. (fichas del taller del mismo título. Julio 2001)

Sico drama en el abordaje de los trastornos sexuales. (fichas del taller del mismo título. Julio 2000).



## **BUZÓN**

### **Sicoanálisis y sico drama**

Hace mucho tiempo que me apetece hablar de mi experiencia como sico dramata, sobre todo, a partir de escuchar muchas veces la crítica: "En Sico drama la teoría y la práctica no tienen nada que ver".

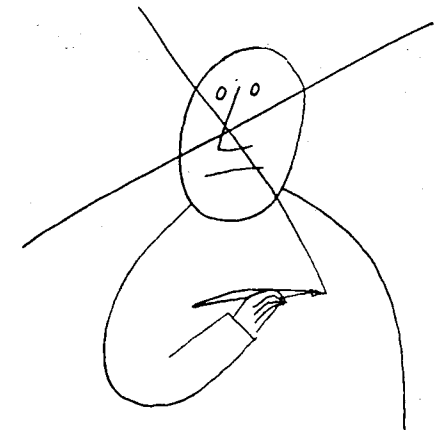
Al inicio de mi labor como terapeuta, yo estaba formada igualmente en Sico drama y Sicoanálisis. Engeneral, utilizaba la teoría analítica para pensar y el Sico drama para actuar en la escena.

El Sicoanálisis tiene la ventaja para el sico terapeuta de ofrecer una teoría compacta, correctamente formulada y organizada, de tal manera, que permite a priori un esquema muy estructurado para poder trabajar. A partir de este modelo teórico se va encontrando el sentido tanto al discurso como a las imágenes o dramatizaciones que realiza el paciente, que van encajando como en un puzzle. Este marco de referencia produce una gran seguridad. De esta manera el terapeuta "sabe supuestamente" lo que le ocurre al protagonista y va guiando la terapia. Esta seguridad, sin embargo, conlleva una contrapartida. El director, al poseer el saber, tiene que resolver el conflicto que afecta al paciente. Con mucha facilidad puede orientarse con su propia ideología. Con el paso del tiempo decidí trabajar exclusivamente con Sico drama. Esta decisión me planteó de entrada una pregunta: "¿Cómo voy a manejar me sin la teoría psicoanalítica?". Era como tirarse al vacío. ¿Por qué planteo esta dificultad? porque en sico drama se debe entrar en la sesión despojado de toda idea preconcebida. La teoría permanece en la memoria. El sico dramata cuenta con dos instrumentos básicos: el encuadre y las técnicas.

Es cierto que, al principio, enfrentarte al paciente en esta aparente desnudez teórica, produce cierto miedo, pero al no tener que buscar significados a nada de lo relatado o hecho y sólo estar atento a las formas proporciona un total relajamiento. El sico dramata se tiene que limitar a "seguir al paciente", como dice Rojas-Bermúdez, haga lo que haga y diga lo que diga. La labor del director es proponer imágenes, juegos, preguntar, clarificar, señalar incongruencias, etc... y es el propio paciente, a través de todo lo que se le ofrece, el que tiene que solucionar su problema.  
Amelia Coppel.

### **De la prensa, de internet ...**

**El suicidio es la primera causa de muerte violenta** en el mundo, según un estudio de la Organización Mundial de la Salud en su primer informe sobre violencia y salud.



'Passport', dibujo de Saul Steinberg de 1954.